

LETÍCIA KANCELKIS PORTA

**“Experiências vinculares entre mães e crianças em
UTIs”**

PUC-CAMPINAS

2011

LETÍCIA KANCELKIS PORTA

**“Experiências vinculares entre mães e crianças em
UTIs”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida - PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientador: Prof.Dr. AntoniosTerzis

PUC-Campinas

2011

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

t155.422
P839e

Porta, Letícia Kancelkis.
Experiências vinculares entre mães e crianças em UTIs / Letícia
Kancelkis Porta. - Campinas: PUC-Campinas, 2011.
141p.

Orientador: Antonios Térzis.
Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexos e bibliografia.

1. Mãe e filhos - Aspectos psicológicos. 2. Unidade de Tratamen-
to Intensivo. 3. Psicanálise. 4. Afetividade. I. Térzis, Antonios. II. Ponti-
fícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t155.422

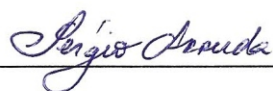
LETÍCIA KANCELKIS PORTA

**“Experiências vinculares entre mães e crianças em
UTIs”**

Banca Examinadora



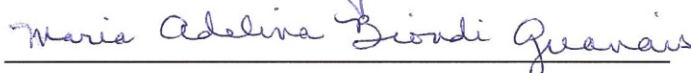
Presidente Prof. Dr. Antonio Terzis



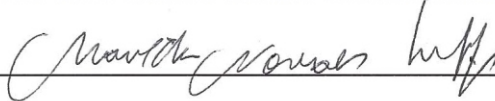
Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda



Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos



Prof. Dra. Maria Adelina Biondi Guanais



Prof. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp

PUC-Campinas

2011

Agradecimentos

Ao Amado da Minh'Alma, meu Mestre, meu Criador, Jesus Cristo, que me sustentou durante todo este percurso.

Aos meus filhos: meu caçulinha para sempre amado, Filipe, que voltou para os braços do Pai após me conceder a honra de ter sido sua mãe e aluna por cinco anos e meu primogênito Gabriel, guerreiro corajoso e compreensivo desde tão pequeno, meu anjo Gabriel aqui na terra.

Ao meu querido e admirável esposo José Luis, companheiro de todas as horas: de verdade, na saúde e na doença, na alegria e na tristeza.

Às minhas companheiras de luta, mulheres guerreiras, mães valorosas com quem compartilhei tantas e tantas vezes as esperas dolorosas nas recepções dos hospitais, bem como olhares mistos de aflição e esperança, dentro das UTIs.

Aos profissionais que cuidaram com amor do meu “denguinho” amado e até de mim.

Aos meus pais amados: Aparecido Luis, Ivanilde, Lúcia, Lurdes, Maurice. Explico: os que seriam sogros, são mais; a que seria tia, é mais.

Às minhas amigas irmãs Dani, Rosi, Alessandra, Dani, Ivanilde, Mariléia, Marilei...

A todas as mães de UTI.

A todas as mães de filhos cujos corpos podem até estar pela metade, de alguma maneira, mas são mais do que um, cada um deles.

A todos esses filhos.

A todas as mães que devolveram seus filhos ao seu verdadeiro Dono.

Ao meu orientador, que acreditou que, a despeito das minhas condições de mãe “galinha”, “coruja” e “leoa” de dois filhos pequenos, entre os quais lutava por me dividir ao meio, eu conseguiria chegar até aqui.

Ao CNPq, órgão ao qual atribuo a viabilidade financeira de realizar este trabalho e ao grupo de pesquisa Psicanálise e Grupalidade, em especial à amiga Carla.

ÍNDICE

RESUMO.....	VII
ABSTRACT.....	VII
RESUMEN.....	IX
APRESENTAÇÃO.....	X
INTRODUÇÃO	1
Considerações Sobre a Estrutura e a Dinâmica do Vínculo.....	2
A questão da Psicanálise no Grupo e na instituição.....	15
Do que se trata uma unidade de tratamento intensivo (UTI)?.....	22
Alguns estudos relacionados ao tema deste trabalho.....	23
Resiliência e enfermidade ou morte de um filho.....	35
Transferência e Contratransferência no método Psicanalítico.....	39
Objetivos.....	46
MÉTODO	47
Participantes.....	49
Critérios de inclusão e exclusão.....	51
Local.....	53
Instrumento.....	53
Procedimento.....	55
Análise do Material.....	56
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
Conclusões.....	100
REFERÊNCIAS.....	106
ANEXOS.....	116

Porta, L. K. (2011). Experiências vinculares entre mães e crianças em UTIs. Tese de Doutorado. Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, 241 p.

Resumo

Este trabalho apresenta, primeiramente, uma revisão da literatura, a qual abarca considerações acerca da estrutura e dinâmica do vínculo, a questão da Psicanálise no Grupo e na Instituição, alguns estudos correspondentes ao tema deste trabalho e resiliência. Em seguida, aborda os objetivos que corresponderam a estudar a estrutura e a dinâmica do vínculo mãe-filho em contexto que envolve a necessidade do atendimento de uma UTI ao segundo, procurando: analisar e compreender relatos da primeira; descrever algumas estruturas emocionais produzidas no vínculo mãe-filho; avaliar a condição afetiva da mãe e propor possíveis intervenções psicológicas em relação a tal condição. Finalizando a tese, está a metodologia empregada na pesquisa propriamente dita, englobando os tópicos: participantes (mães com filhos necessitados de atendimento de UTI); local (residência das participantes); instrumento (entrevista aberta); procedimento; finalmente, abordamos a análise do material, que teve como base o modelo qualitativo de pesquisa, procurando consonância com o trabalho de Freud (1901) na interpretação dos sonhos e de Mathieu (1967), que preconiza que a estrutura dos temas que constituem uma narrativa, bem como as construções das quais o inconsciente se utiliza para buscar a satisfação de seus desejos reprimidos, pode trazer a validação de um trabalho de interpretação, como o que realizamos.

Palavras-chave: vínculos; psicanálise; unidade de tratamento intensivo.

Porta, L. K. (2011). Bonds Experiences between mothers and their children in intensive care units. Doctoral thesis. Life Sciences Center. Pontifical Catholic University of Campinas, Campinas, SP, 241 p.

Abstract

This paper first presents a review of the literature, which includes considerations about the structure and dynamics of the bond, the issue of psychoanalysis in the Group and the Institution, some studies related to the main topic of this work and resilience. After that it approaches the purposes that led to the study of the structure and of the dynamics of mother-child bond in the context that involves the need of an ICU admission for the child, trying to analyze and to understand reports of the mother, and describes some emotional structures produced by the mother-child bond. It also evaluates the mother's emotional condition and proposes possible psychological interventions for this situation. To finalize the thesis we show the methodology used in the research including the topics: participants (mothers with children in need of care in the ICU), location (residences of the participants), instrument (unstructured interview), and procedure. Finally, we approach the analysis of the material, which was based on the model of qualitative research, seeking harmony with the work of Freud (1901) in the interpretation of dreams and Mathieu (1967) that suggests that the structure of the topics that constitute a narrative, as well as the constructions that the unconscious uses to seek satisfaction of the repressed desires, can validate a work of interpretation such as this one.

Keywords: bonds, psychoanalysis, intensive care unit.

Porta, L. K. (2011). Experiencias vinculares entre madres e niños em UCIs. Tese de Doutorado. Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, 241 p.

Resumen

Este trabajo presenta inicialmente una revisión de la literatura que incluye consideraciones sobre la estructura y la dinámica del vínculo, la cuestión de la Psicoanálisis del Grupo en la Institución, algunos estudios correspondientes al tema de este trabajo y resiliencia. A continuación, aborda los objetivos que ha correspondido estudiar la estructura y la dinámica del vínculo madre-hijo en el contexto donde hace la necesidad de atención en la UCI al segundo, habiendo buscado: analizar y comprender informes de la primera; describir algunas estructuras emocionales producidas en el vínculo madre-hijo; evaluar el estado afectivo de la madre y proponer posibles intervenciones psicológicas en esta condición. Al final de la tesis, está la metodología empleada en la investigación, englobando los tópicos: los participantes (madres con niños que necesitan cuidados en la UCI), la ubicación (la residencia de las participantes); instrumento (entrevista abierta); procedimiento, y finalmente la análisis del material sobre la base del modelo cualitativo de investigación, habiendo buscado la armonía con el trabajo de Freud (1901) en la interpretación de los sueños y Mathieu (1967), lo que sugiere que la estructura de los temas que constituyen un relato, así como las construcciones de las que se utiliza el inconsciente en la búsqueda de satisfacción de sus reprimidos deseos, puede traer la validación de un trabajo de interpretación, como lo hacemos nosotros.

Palabras clave: Vínculos; Psicoanálisis; Unidad de cuidados intensivos.

Apresentação

O presente trabalho surgiu de minhas próprias experiências com meu filho, desenganado pela Medicina, por diagnóstico de doença neuro-metabólica degenerativa, tendo tido necessidade de uma UTI domiciliar, em seu quinto e último ano de vida, após anos de internações em UTIs de alguns hospitais.

Assim, procuramos, neste estudo, uma compreensão psicanalítica de experiências vinculares de mães cujos filhos necessitaram de um atendimento especializado de UTI, experiências estas vividas entre ambos, podendo conduzir a conhecimentos valiosos tanto para pais que estejam vivenciando situações similares, quanto para pesquisadores de temas correlatos.

Enfim, por intermédio dessas experiências, vividas pela própria pesquisadora, trazemos conceitos, sistematizando e caracterizando a estrutura do vínculo neste contexto específico, podendo haver uma compreensão profunda destes vínculos.

Acreditamos que, por meio de tal compreensão, poderemos ter a oportunidade de encontrar bases sólidas para futuras construções de propostas de prevenção e de intervenção psicológica, a serem aplicadas no sentido de amenizar sofrimentos tão intensos como o de familiares e acompanhantes de pacientes com diagnósticos que implicam em condições extremamente dramáticas e dolorosas para todos os envolvidos.

Acreditamos, ainda, na validade clínica de trabalhos embasados neste, para os próprios pacientes, na medida em que, por meio do estabelecimento de vínculos de maior qualidade emocional possível, possa-se atingir, em esferas bastante profundas, psiquicamente, uma melhor qualidade de vida, com a pretensão de proporcionar melhor aproveitamento do tratamento médico, inclusive.

INTRODUÇÃO

Considerações Sobre a Estrutura e a Dinâmica do Vínculo

O presente estudo pretendeu compreender significados inconscientes das múltiplas vicissitudes do vínculo, em situações que envolvem a necessidade de um atendimento especializado de UTI, considerando-se que, muitas vezes, há necessidade recorrente de internações em UTIs de hospitais gerais.

Consideramos que a própria noção de vínculo exige o aprofundamento da atenção ao objeto real externo, sob um ponto de vista psicanalítico.

Assim, inicialmente, apresentaremos algumas ideias a respeito do tema “vínculos”, buscando permanecer com maior atenção voltada para os que dizem respeito aos estabelecidos com a família.

O vínculo da criança com a mãe nos seus primeiros anos de vida é, sob o ponto de vista psicanalítico, fundamental para o desenvolvimento e para a construção das estruturas afetivas da primeira, sendo que a etiologia de uma gama significativa de doenças desencadeadas na infância é indefinida e muitas delas claramente relacionadas a fatores emocionais. Este assunto, ou seja, o que se refere ao papel do psiquismo na origem de diversas doenças tem sido objeto de interesse e estudo no campo da psicologia e, notadamente, na área da psicossomática psicanalítica (Neme, Dameto, Azevedo e Fonseca, 2007).

Os primeiros vínculos são constituídos com os familiares, tendo como ponto de partida uma relação íntima e exclusiva com a mãe e, em um segundo momento, o reconhecimento da presença do pai. Neste momento, a criança passa a estabelecer vínculos com essas duas pessoas, de sexos distintos, estruturando-se, com isto, uma relação “tripessoal” (criança- mãe, criança-pai e criança-pai-mãe), trazendo um enriquecimento e maior complexidade a seu campo social. Estes

primeiros vínculos que, aos poucos, vão se estendendo aos irmãos e outros familiares, são fundamentais para os relacionamentos posteriores. (Grinberg, Langer & Rodrigué, 1971; Terzis, 1992).

Diante da atribuição da psicanálise de incomensurável importância à relação mãe- bebê para a construção psíquica, afetiva e social deste último, faz-se necessário falar também sobre o papel desempenhado pela qualidade da vida psíquica da mãe, como fator primordial para o tipo de vínculo que ela poderá estabelecer com seu filho. Para a mulher, o tornar-se mãe cria transformações emocionais consideráveis, de forma que a gestação e maternidade podem trazer conflitos e conteúdos inconscientes, que influenciam na qualidade de tal relação. Esta pode ser permeada de sentimentos intensos e ambivalentes, sendo que a gestação e os primeiros meses após o nascimento são essenciais para a construção do vínculo, havendo repercussões importantes e a longo prazo. Uma hospitalização muito longa, seja qual for seu motivo, pode influenciar no desenvolvimento físico e psíquico do bebê e o trabalho de psicologia se insere nesta área através de estratégias de avaliação, prevenção, intervenção e promoção de saúde psíquica (Iungano, 2009).

Nesta direção, em estudo realizado por Gomes (2007), alguns resultados por ela obtidos apontaram para uma evolução das representações maternas ao longo da psicoterapia breve, permitindo à mãe expressar seus sentimentos frente à enfermidade do filho e reviver alguns de seus conflitos mais primitivos. A visão sobre seu bebê evoluiu, segundo a pesquisadora, de mais parcial e idealizada para mais integrada e o vínculo mãe-bebê ficou mais próximo, na proporção em que a mãe pôde tornar-se mais tolerante frente à dependência do bebê bem como diante de sua necessidade de cuidados especiais, reduzindo sentimentos de culpa. Houve,

ainda, de acordo com seus relatos, um evidente reforço na rede de apoio da mãe, com aproximação desta com sua família de origem e conseqüente sentimento de estar sendo melhor compreendida e amparada, inclusive pelo esposo. Finalmente, ela pareceu se apropriar mais do papel materno, apesar de ainda ser ligada a uma identidade de filha. Após o término do processo psicoterápico, todavia, constatou-se que a instabilidade psíquica da mãe e sua fragilidade permaneceram muito intensas, o que sugeriu um prognóstico reservado e a necessidade de indicação de um tratamento mais sistemático.

De fato, minhas próprias experiências como mãe de criança com tantas necessidades especiais, inclusive de internações em UTI, das quais a última com duração de três anos, em que foram necessários tantos procedimentos invasivos, fazem com que eu possa testemunhar a intensidade das dores emocionais vivenciadas em uma situação como esta, trazendo um verdadeiro esgotamento e a conseqüente fragilidade de que nos fala Gomes (2007).

Isto porque, além de todo o sofrimento físico e psíquico, como mãe cujo filho encontra-se nestas condições, os contextos de hospitalização, sobretudo em UTIs, implicam, muitas vezes, em assistir a sofrimentos intensos de tantas outras crianças e acompanhantes destas, envolvendo perdas tão dolorosas. O sentimento de empatia de uma mãe em relação a outra faz com que a cura e restabelecimento de uma criança que receba alta da UTI provoque grande alegria e satisfação a ela por este acontecimento, como se aquela criança se transformasse em um filho “um pouquinho” seu também. Este mesmo sentimento de empatia traz uma dor incalculável quando uma criança morre ao lado de seu próprio filho; criança que se aprende a amar desde que chega na UTI, passando a compartilhar uma verdadeira

luta pela vida, luta para continuar junto de seus familiares tão amados e também luta contra a dor.

A morte remete à ruptura do vínculo, a um limite, podendo ser considerada, talvez contraditoriamente, um entrelaçamento da própria vida, ao mesmo tempo. Este tema incomoda, de tal modo a preferirmos evitá-lo (quando podemos fazer isto). Ele, no entanto, de alguma maneira, sempre se faz presente nas faltas, nos meios de comunicação, nas guerras, no vizinho. A sociedade, então, encarrega-se de procurar culpados para a morte e, ao mesmo tempo, as pessoas aprendem, no decorrer da vida, a lidar com ela. Porém, as reações frente às perdas e a concepção de morte tendem a se modificar de acordo com o contexto histórico e cultural. Ao medo, pode juntar-se a negação, bem como uma sutil crença na imortalidade, e, apesar de, constantemente, termos contato com o tema, muitas vezes as referências a ele são externas a nós (Souza, 2008).

E o que dizer quando não podemos evitar este tema? Quando ele não poderia estar mais próximo? Quando a morte acontece bem à nossa frente, mostrando-nos nossa vulnerabilidade e impotência frente a ela? A lei natural parece ser: nascer, crescer, envelhecer e morrer. E quando esta “lei” é (aparentemente) ameaçada, com a morte de uma criança? Como ficam os vínculos entre mãe e filho quando eles, cada qual com sua própria capacidade consciente e inconsciente, vivenciam não somente o próprio sofrimento, como também o de pessoas que, há tão pouco tempo desconhecidas, de repente, adquirem tão grande significado para si, estando, inclusive, passando por situações tão similares às vivenciadas por ambos?

Assim sendo, consideremos que, de acordo com Leal (1993, pp.31), “a realidade humana assenta na comunicação como formato primário de todos os

vínculos. O indivíduo sai de si mesmo para se encontrar ao estabelecer um contato, um convívio, com alguém outro que lhe reconhece o ser e, com ele, descobre outras coisas mais que os transcendem”, de modo que o relacionamento primário pode ser considerado como núcleo da organização da mente humana, ou seja, o que diz respeito a vínculos mãe-filho, eu-outro, humano-Deus. A atividade socioemocional delimita-se desde a mais tenra idade, por meio da expectativa de encontrar um interlocutor que seja continente, podendo-se encontrá-la já em bebês recém-nascidos (Leal, 1993).

A tonalidade da voz, o olhar, os gestos e outros aspectos da comunicação não verbal trazem à comunicação um aspecto de caráter afetivo, conferindo à experiência emocional do falar, um sentido mais legítimo de como o indivíduo se vincula com seus grupos internos, com o mundo exterior, e, sobretudo, com um determinado interlocutor, em dado momento. O grupo pode ser considerado como um contexto onde há a possibilidade de se trabalhar a diversidade, a qual, por sua vez, diz respeito ao múltiplo, à variedade que não se enquadra em um padrão. A evolução humana parece relacionar-se à capacidade de lidar com o novo, com a diversidade, o que, muitas vezes, pode conduzir a emoções adversas, situação esta bastante comum nas famílias e nos grupos em geral. Sendo possível suportar a dor mental, admitindo-se a nova ideia, o indivíduo pode percorrer o diverso e o adverso, conquistando o autoconhecimento, sendo que tal percurso pode ser facilitado com a participação em um dispositivo vincular psicanalítico (Fernandes, 2005).

De acordo com Silveira (2007), pesquisadores de distintas abordagens têm realizado estudos voltados à sensibilidade materna, de modo a ser possível concluir que, de fato, este conceito seja relevante no campo da pesquisa psicológica. Ele

pode ser considerado como um fator de destaque nas relações mãe-criança, sobretudo nas etapas iniciais do desenvolvimento humano, favorecendo a formação do vínculo entre eles, sendo indissociável do contexto sociocultural no qual se inserem. Em seu estudo, esta autora observou estilos ou formas diferenciadas de interações, havendo um empobrecimento no aspecto afetivo, com ausência de toques, abraços e baixa manifestação de beijos, durante as sessões, além de indícios de preocupação com a aceitabilidade social do filho, ao esforçarem-se para realizar tarefas que eles poderiam não conseguir realizar. Assim, Silveira (2007) conclui que a sensibilidade materna pode motivar a criança a buscar informação e persistir na resolução de problemas com sucesso.

Dessa forma, a organização dos vínculos familiares ocorre não somente a partir da relação real de parentesco, como também da relação fantasmática em configurações sustentadas por alianças inconscientes (Correa, 2002).

O bebê nasce em um vínculo, sendo que a existência da mãe implica na existência do filho, não havendo mãe sem bebê e nem bebê sem mãe. A relação com a mãe-peito permite a passagem do desamparo ao amparo, sustentando o bebê e dando-lhe prazer por meio do transitório cessar das necessidades básicas, contato este que narcisiza e investe libidinalmente. A mãe, em um encontro de desejos com o bebê, decodifica o que ele expressa por meio de seu corpo, de seus sinais e gestos, desenvolvendo-se uma linguagem especial entre eles. Tudo isto ocorre permeado por influências da inscrição do familiar inconsciente, bem como por significantes e significados socioculturais também inconscientes que atravessam as subjetividades e os vínculos (Perkal, 1998).

Assim, a família é um dos grupos humanos que se constitui em apoio especial do psiquismo, uma das condições necessárias para o sustento da coerência das

identificações, enquanto seus vínculos vão dando conta de múltiplos e diversos trabalhos psíquicos, sempre ligados em conter e regular, e sempre, de algum modo, frustrados (Rojas, 2008).

Em determinados momentos na constituição da subjetividade entre a dinâmica psíquica da criança e a de seus progenitores, confunde-se o desejo da primeira com o de seus pais, o supereu de um com o do outro, a função egóica da mãe com as possibilidades da criança, de maneira que não se estabelece uma clara definição entre o “dentro-fora”. Desse modo, parece fundamental considerar a constante dialética do inter/intra-subjetivo, tanto quando se fala em formação da subjetividade quanto quando se fala da formação de sintomas (Rosenberg, 1994).

O desejo da mãe encontra-se na maneira como ela se ocupa da criança, sendo que, por outro lado, ele está veiculado e oculto, ao mesmo tempo, nos cuidados, nas manobras, atenções e atitudes. Sob o ponto de vista defendido por Laplanche (1992), esquematicamente, encontra-se simbolizado pelo seio ou, minimamente, será retomado, no inconsciente, sob a forma de elementos representativos, como o seio. Entretanto, o inconsciente da criança não é diretamente o discurso (ou o desejo) do outro, de forma que ela não interioriza o desejo da mãe. Entre a reação significativa da mãe e o inconsciente da criança, ainda em formação, registra-se o momento que Laplanche chama de “desqualificação”. Assim, a mensagem desqualificada apenas veicula energia, nada além disso, havendo entrecruzamentos no processo de constituição do aparelho psíquico que ocorrem entre fatores provenientes do intrapsíquico e fatores que provêm do “outro” (Laplanche, 1992).

Os esquemas originários familiares são proto-organizadores do grupo familiar que se apresentam sob formas de combinação sensório-emocionais, comportamentais e fantasmáticas. Tratam-se de criações familiares para conter as fraturas do originário, esquemas estes que, por sua vez, canalizam e expressam, de maneira pré-simbólica, os traumas da transmissão geracional, de forma a se poder entender por originário, aqui, a maneira na qual o encontro entre o sujeito e o seu ambiente deixa certos traços gravados na psique e no soma. As experiências de sofrimento extremo podem implicar numa destruição do aparato de representação e do prazer em representar, de modo que seu destino é permanecer em sofrimento no corpo, nos atos e na contrainvestidura da representação (Grange-Ségéral, 2008).

Dentro das experiências de apoio primitivo, durante o encontro do grupo familiar e a criança recém-chegada, o corpo ocupa um lugar central porque é a primeira superfície de inscrição e de recepção das mensagens intergeracionais (Grange-Ségéral, 2008). A mãe coloca em jogo uma sexualidade que introduz o bebê em seu mundo sexualizado, criando-se, entre eles, um espaço erógeno partilhado pela modalidade por meio da qual a criança metaboliza e se apropria daquilo que a mãe lhe deixa como marca, deixando, ela também, na sexualidade da mãe, uma marca. Assim, a criança responde à mãe a partir de seu próprio fantasma, o qual, por sua vez, vai se criando e transformando (Rosenberg, 1994).

É importante salientar que a realidade que constitui o inconsciente da criança não é a realidade da família. A primeira é mais reduzida, na medida em que não são todas as interações familiares que se inscrevem nela; por outro lado, é mais ampla, por deslocar-se através de objetos substitutos em direção aos quais se deslocam as

características metáforo-metonímicas dos objetos originários (educadores, cuidadores e outros familiares) (Bleichmar, 1994).

A relação de objeto diz respeito à estrutura interna do vínculo, sendo ele, portanto, um tipo particular dessa relação, a qual se constitui por uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, que funciona acionada ou movida por fatores instintivos, por motivações psicológicas. Desse modo, há dois campos psicológicos no vínculo: um interno e outro externo, sendo possível estabelecê-lo com um objeto interno e também com um objeto externo. Mesmo quando estabelecido com apenas uma pessoa, o vínculo sempre apresenta a característica de ser social, relacionando-se, posteriormente, com as noções de papel, status e comunicação. É importante salientar que não pode haver relação de objeto com uma parte somente do aparelho psíquico, de maneira que seu funcionamento ocorre em uma totalidade, implicando em uma estrutura dinâmica, cujas partes, em particulares momento e sujeito, apresentam uma valência também particular. Além disso, não existem relações impessoais, na medida em que o vínculo entre dois sujeitos é estabelecido invariavelmente em função de outros vínculos, os quais são historicamente condicionados, acumulando-se e constituindo o inconsciente. Os vínculos internos e externos integram-se em um processo de espiral dialética, no qual o vínculo primeiramente é externo, posteriormente tornando-se interno e assim sucessiva e repetidamente. Com isso, as características do mundo interno de uma dada pessoa acabam por ser plenamente diversas das do mundo interno de outrem, em relação às mesmas experiências do mundo externo (Pichon-Riviere, 1982/2000).

O mesmo autor afirma que, na relação de objeto, toda a personalidade, com seu aparelho psíquico, com suas estruturas e com os dois instintos básicos descritos

por Freud (quais sejam: libido e agressão) está implicada, sendo uma relação estabelecida com o outro de modo particular. As características dessa relação de objeto adquirem determinada diferenciação, configurando um vínculo pessoal que pode ser diferente com o outro e também com objetos inanimados, de forma que cada um desses vínculos adquire um significado particular para cada indivíduo. Assim sendo, no vínculo, tudo está implicado e tudo está complicado, de acordo com a visão pichoniana, de forma que a pessoa se move com um jogo harmônico ou desarmônico de suas partes integrantes, não se podendo separar aquilo que é do Id, do Ego e do Superego em uma relação de objeto. Um vínculo pode estar preponderantemente em relação com o Id, ou seja, a relação pode ser mais amorosa ou mais agressiva nesse sentido. Quanto ao predomínio do Ego, podemos dizer que o vínculo é mais operacional ou que tem mais sentido da manipulação da realidade; já no caso de um vínculo apresentar predominância em relação ao Superego, ele acaba por se evidenciar mais culpógeno.

A partir de seu nascimento, a criança estabelece sua primeira relação com os objetos, que são, por sua vez, administrados por meio de uma série de processos de introjeção e projeção com os quais ela constrói um mundo interno cheio de representações dos objetos externos. Esses objetos internos adquirem características particulares que são imagos dos objetos externos, de modo a não coincidirem com a natureza real desses objetos, estando matizados pela fórmula instintiva dessa criança em especial. Ao se falar na possibilidade de uma agressividade constitucional, podemos afirmar que essa criança, com uma forte hostilidade, confere características persecutórias a seus objetos internos, que são mais intensas nela do que na criança que nasce com uma hostilidade menor. Assim se constrói o mundo interno, o qual também se faz pela experiência externa, que é

colocada dentro, construindo-se um mundo particular, um mundo que não é externo mas que é, para o indivíduo, tão real quanto o externo, surgindo, com isto, a diferença entre o mundo interno e o mundo externo. É a partir desse mundo interno que cada um de nós constrói uma fantasia, de maneira que, na análise, é de primordial importância descobrir qual a representação que cada um de nós tem de seu próprio mundo interno. Este trabalho, portanto, é guiado por momentos de insight desse mundo interno, cujo funcionamento se dá com uma dialética interna particular, podendo servir de abordagem da realidade e orientar um determinado tipo de investigação. O vínculo com a mãe é chamado, sob este ponto de vista, de vínculo intrauterino, em que o feto estabelece um vínculo parasitário com a mãe, o qual, posteriormente, pode se tornar simbiótico e, em certos contextos, siamésico. Este último é o mais angustiante de todos, no sentido de que a criança pode experimentar a separação da mãe como se isto representasse a morte de ambas ou de uma delas, o que poderia acontecer, por exemplo, na situação parasitária ou simbiótica, conforme ocorre em certas esquizofrenias e em dados processos psicóticos. Os vínculos entre o eu e os objetos internos marcam fortemente o vínculo externo, sendo que a loucura pode ser considerada como o resultado da colocação de um vínculo interno sobre um externo, em relação ao qual adquire prioridade. Com isto, ao passo que o vínculo interno é fortalecido, vai passando da neurose à psicose e o mundo externo e o interno aparecem sem noção de limites, pela inexistência de insight, não havendo consciência da doença, justamente pela sobreposição dos fatores internos (Pichón-Rivière, 1982/2000).

Após estas contribuições relacionadas ao tema “vínculos”, contribuições estas provenientes de pontos de vista diversos, mas que podem agregar valores à nossa compreensão sobre o mesmo, desejamos destacar as ideias de Winnicott, autor este

cuja obra enfatiza a relação mãe-bebê, a qual, por sua vez, é, evidentemente, de importância para nosso trabalho.

Winnicott (1963/1983) fala-nos a respeito do lactente humano, afirmando ser fundamental o conceito de “dependência” para desenvolver este assunto. O “vir a ser” do lactente ocorre de forma diferenciada de acordo com as condições favoráveis ou desfavoráveis que tenha, condições estas que, por sua vez, não determinam o seu potencial, o qual é herdado. Assim sendo, o autor complementa esta ideia com a afirmativa de que o potencial herdado de um lactente apenas pode tornar-se um lactente propriamente dito se estiver ligado ao cuidado materno, sendo que os estágios do desenvolvimento variam de criança para criança, tanto por um (potencial herdado) quanto por outro fator (cuidado materno).

Winnicott (1988/2006) preconiza que a amamentação constitui-se em uma forma de comunicação, ressaltando, todavia que, apesar de sua grande importância, fundamentais mesmo são os atos de segurar e manipular o bebê, de maneira que muitos deles vivenciam aquilo que aparentemente é uma experiência bem-sucedida de amamentação, sendo, todavia, insatisfatórios, na realidade, havendo deficiência observável em seu processo de desenvolvimento, em sua capacidade de relacionamento com as pessoas e utilização de objetos, como fruto do fato de terem sido segurados e manipulados insatisfatoriamente.

Tudo vai bem quando a mãe amamenta ao seio, deixando que o bebê fique com as mãos livres, de modo que, quando ela o expõe, a tessitura da pele e seu calor possam ser sentidos, com a distância entre ela e o bebê podendo ser calculada, possibilitando que aquela nesga possa ser alcançada pela boca, as mãos e os olhos, além do consentimento materno de que o rosto do bebê lhe toque o seio.

A princípio, os bebês desconhecem o fato de que os seios fazem parte da mãe e, se o rosto toca no seio, eles não sabem se aquela sensação agradável provém do seio ou do rosto. Os bebês brincam com as bochechas e arranham-nas, como se fossem seios, e há toda a razão para que as mães permitam aos filhos o máximo de contato que eles queiram. As sensações dos bebês são, neste sentido, muito penetrantes e, sendo assim, certamente são importantes. O bebê, sobretudo, necessita de todas essas experiências tranquilas e de sentir-se amorosamente envolvido, sem impaciência e sem tensão. A mãe integra-se neste contexto, agradando-lhe sobremaneira a intimidade desta relação e participando sem ideias preconcebidas sobre a forma como o bebê deve se comportar (Winnicott, 1949).

É esse contato que faz com que o bebê pense que talvez haja alguma coisa lá fora da boca que valha a pena procurar. Gradativamente, a mãe capacita o bebê a compor na imaginação aquilo que ela tem a lhe oferecer, na realidade, de modo que o bebê começa a levar o mamilo à boca, e alcançá-lo até a raiz com as gengivas e mordê-lo, ou chupá-lo, havendo, em seguida, uma pausa. Ele, então, solta o mamilo e desvia-se da cena de ação, com o desvanecimento da ideia do seio (Winnicott, 1949).

Toda esta situação acima descrita difere muito da daquela em que o bebê foi confiado a uma instituição muito ocupada. Nesta última, o bebê não tem um objeto empurrado de novo para dentro da boca, com o reiniciar dos movimentos de sucção. A mãe compreende o que o bebê sente, aguardando o bebê voltar-se novamente para onde ela esteve o tempo todo, pronta para colocar o mamilo, e assim se estabelece um novo contato, no momento exato. Isto se repete diversas vezes e o bebê mama não em algo que contém leite, mas em algo portador de uma

propriedade pessoal cedida por momentos a alguém que sabe o que fazer com isso. A mãe ser capaz de executar uma adaptação tão delicada revela que se trata de um ser humano, e o bebê não demora a apreciar isto (Winnicott, 1949).

A partir destas ideias, damos continuidade a este trabalho, deixando, entre este e o próximo capítulo desta introdução, um questionamento ao qual procuraremos conferir respostas ao seu final. Winnicott aborda estas situações, levando-se em consideração que há uma criança saudável relacionando-se, seja com a mãe, seja com outro cuidador. E quando existe um diagnóstico que envolve a necessidade de cuidados de uma UTI? Como ficam estes vínculos?

A questão da Psicanálise no Grupo e na instituição

A tarefa primordial, neste estudo, consistiu, a princípio, em apresentar aspectos de uma compreensão psicanalítica dos vínculos e outros fenômenos psíquicos produzidos em contextos que envolvam a necessidade de uma UTI (hospitalar ou domiciliar) para um filho. Levemos em consideração, ainda, que crianças cujo diagnóstico pressupõe esta necessidade, podem precisar, muitas vezes, intensificar o tratamento em momentos nos quais seu quadro sofre uma descompensação mais grave, sendo hospitalizadas.

Com isto, faz-se necessário introduzir a questão da Psicanálise no grupo e na instituição, já que, geralmente, encontraremos mães com filhos em UTI domiciliar que já passaram e até podem continuar passando, com frequência, por experiências institucionais/hospitalizações. Trata-se, prioritariamente, de conferir forma, conteúdo e sentido a investigações práticas e teorizações que já há quase seis décadas organizaram-se ao redor do trabalho psicanalítico em grupos.

Admite-se que esta longa experiência, que encontrou obstáculos e resistências em mais de uma etapa de seu desenvolvimento e que, por meio disso, abriu novos caminhos para a pesquisa, adquiriu bastante valor na psicanálise, trazendo a possibilidade de se observar a existência de um objeto básico, neste contexto: o inconsciente e as formas de subjetividade que dele se produzem (Kaës, 1977).

De acordo com Correa (2002), o grupo refere-se ao elo existente entre o sujeito (psicanalítico), as instituições e a cultura, de maneira que um vínculo é determinado por uma articulação dupla, qual seja: o desejo de inscrever o vínculo em um contexto temporal, envolvendo formações intersubjetivas, tais como uma diversidade de alianças, que, em cada sujeito, encontra ressonância no outro. “Nestas alianças, subjaz um investimento libidinal e uma expectativa de proteção mútua. Na outra articulação, encontramos as diversas formas sociais que sustentam, de diversas formas (jurídica, religiosa, etc.) este vínculo” (Correa, 2002, pp. 6).

Acrescente-se a isto que, conforme afirmam Foulkes e Antony (1967), em todas as espécies, pode ser constatado, de maneira evidente, que o espécime individual parece ser destituído da maior importância, sendo que o fundamental é a sobrevivência do grupo, da comunidade.

De acordo com Bleger (1984), a função social do psicólogo clínico deve ser basicamente a saúde pública e, inserida nela, a higiene mental, jamais devendo esperar o adoecimento para que possa intervir. Assim, Bleger (1984) fala-nos a respeito do requerer de instituições e grupos de características distintas por parte de estruturas diversas da personalidade que coexistem, de modo que o ser humano necessita tanto de grupos primários como de grupos secundários, sendo que aquele

que constitui o protótipo dos primeiros, em nossa cultura, é a família, na qual há uma marcante depositação e gratificação da personalidade sincrética. Por outro lado, a parte mais madura da personalidade requer instituições e grupos, onde ela mesma tem a possibilidade de colocar-se “em jogo”, consolidar-se e enriquecer-se. Todavia, é importante notar que o déficit de informação e de relações interpessoais favorece a regressão a grupos de estrutura primária (Bleger, 1984).

“Os grupos dentro de uma mesma instituição servem, por sua vez, para distribuir e controlar ansiedades e com isto culpas e perseguições, mas nem sempre se cumpre o postulado de que um perigo externo leva a uma maior coesão intragrupal, já que, quando se ultrapassa determinado umbral e o perigo externo se torna ingovernável, o grupo ou a instituição em sua totalidade reproduzem dentro de sua própria estrutura a situação de perigo, como uma tentativa de controlá-lo ou governá-lo ficticiamente em condições mais controladas” (Bleger, 1984, pp. 60).

O agrupamento produz, como sua condição, normas perceptivas e representacionais, significantes comuns. Minimamente, são necessárias convenções de linguagem para constituir o código, o contexto no qual ocorrem as trocas, onde se dizem e se escutam as palavras, sendo este um componente das referências identificatórias. Os sujeitos no grupo apoiam-se sobre essas convenções para produzir repressão e solidariedades intersubjetivas, para manter reprimidas representações, suprimidos afetos e desviadas realizações pulsionais que prejudicariam o conjunto. O sujeito, assim, abandona uma parte de seus objetos ideais e de seus objetos de identificação para estar no grupo (Kaës, 1994).

Assim, é fundamental buscar conceituar a Psicanálise, recorrendo ao que escrevem a este respeito Laplanche e Pontalis (2004), levando em conta o fato de já termos acima discorrido a respeito do termo “grupo”:

“Disciplina fundada por Freud e na qual podemos, com ele, distinguir três níveis:

- A) Um método de investigação que consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do sujeito, que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais não se dispõe de associação livre.
- B) Um método psicoterápico baseado nesta investigação e especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo. O emprego da psicanálise como sinônimo de tratamento psicanalítico está ligado a este sentido; exemplo: começar uma psicanálise (ou uma análise).
- C) Um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e de tratamento” (Laplanche e Pontalis, 2004; pp. 384 e 385).

Desta forma, parece plausível a ideia de que, para a psicanálise, o grupo, em primeiro lugar, é interno, sendo ele a forma, a função e o processo que ocupa no espaço da realidade psíquica interna (Kaës, 1997).

“A exigência metodológica da psicanálise pode ser formulada desta maneira: construir um dispositivo capaz de manifestar os efeitos do inconsciente e seus efeitos de subjetividade, de modo que, por onde estavam as formações inconscientes, o Eu possa acontecer e se pensar como sujeito (Kaës, 2002).

De acordo com Terzis (2007), o trabalho e a reflexão em psicanálise trazem consigo a exigência, em primeiro lugar, não somente de um conhecimento de suas teorias e técnicas tradicionais, mas também a abertura para novas descobertas teóricas, novos dispositivos de intervenção, novos campos de atuação e, sobretudo, um esforço no sentido de promover uma desideologização da Psicanálise enquanto instituição, fundando um conhecimento e uma prática contextualizados social-historicamente.

Experiências relatadas por “mães de UTI” poderão mostrar a forma e a estrutura paradigmática de uma organização de vínculos intersubjetivos, sob o prisma de que as relações entre os vários sujeitos do inconsciente produzem formações e processos psíquicos específicos.

Essa estrutura intersubjetiva de grupo, as funções que desempenham e as transformações que nelas se manifestam são perceptíveis nos grupos empíricos.

Segundo Kaës (1997), os grupos empíricos formam o quadro de nossas organizações mais complexas (grupos familiares, institucionais, sociais), constituindo o fundo das figuras intersubjetivas do casal, do conjunto mãe-filho-pai, por oposição à singularidade do sujeito.

Esses relatos de vivências grupais podem mostrar, ainda, a forma e a estrutura de uma organização intrapsíquica caracterizada por ligações mútuas entre seus elementos constitutivos e pelas funções que desempenham no aparelho psíquico. No dizer de Kaës (1997), de acordo com essa perspectiva, o grupo se especifica como grupo interno e nas suas pesquisas, descreve suas estruturas, funções e transformações.

Assim, segundo a concepção de Kaës (1997), a grupalidade é uma organização de matéria mental, podendo-se definir dois espaços psíquicos a que se

aplica o conceito de grupo. Esses dois espaços (interno e externo) são heterogêneos, apresentando consistência e lógica distinta no centro da pesquisa e mantendo relações de fundação recíproca.

Neste sentido, Kaës (1997) sustenta a proposição de que o grupo intersubjetivo é um dos lugares da formação do inconsciente, supondo que a realidade psíquica própria ao espaço intersubjetivo se apoia em certas formações da grupalidade intrapsíquica.

As proposições iniciais de Freud (1921/1996) sobre o que ele define de sua Psicologia Social estabeleceram as condições que fazem com que o grupo possa constituir um paradigma metodológico apropriado na análise dos conjuntos intersubjetivos. Enquanto dispositivo metodológico, o grupo é uma construção, um artifício, está regulado por um objetivo preciso que não poderia ser estudado de outra maneira com os mesmos efeitos.

Esse estatuto metodológico do grupo tornou possível a emergência de formações e processos psíquicos enquanto tais, permitindo colocar em suspenso seus vínculos habituais com as formações e os processos que funcionam nos grupos empíricos: não são as formações sociais, culturais, políticas que são o objetivo preferencial da análise, mas seus efeitos, e apenas na medida em que são traduzidos no campo da realidade psíquica (Freud, 1921/1996).

A partir dessa referência teórica, trata-se de encontrar na Psicanálise, a matéria e o fundamento de uma teoria geral de grupo. Esta pesquisa implica na construção de um objeto teórico que descreva o modelo de algumas estruturas psíquicas vinculares em contextos tão peculiares como os que dizem respeito a este que investigamos.

Falando, então, sobre estrutura, precisamos defini-la e o fazemos pautados nas ideias de Czernikowski (1998), constantes do Dicionário de Psicanálise das Configurações Vinculares, da Escola Argentina:

A definição de estrutura deriva da linguística contemporânea, na qual os sistemas se delineiam pelas relações lógicas entre os elementos que configuram a estrutura, determinando um avanço das ciências da natureza para as ciências do signo. A construção do signo em termos estruturais como seu objeto próprio, possibilita a sua conversão em ciências formalizáveis; assim sendo, as ciências semiológicas, que formalizam os signos do modo significante-significado, rompem o modelo das teorias do conhecimento baseadas na relação sujeito-objeto. Portanto, não são apreendidos os objetos de forma imediata, mas sim o são em suas relações (Czernikowski, 1998).

É importante mencionar, então, que as relações entre os signos apresentam um funcionamento diverso àquele da consciência.

Dessa maneira, Berenstein (1988) formaliza um novo conceito, o qual se demonstra imprescindível, conforme o foco com o qual trabalhamos: aquele que o autor denominou Estrutura Familiar Inconsciente. Esta diz respeito à seguinte descrição: de acordo com a perspectiva da percepção consciente das relações familiares, o autor descreve duas ordens, quais sejam, uma mais próxima à consciência dos integrantes como dado empírico e outra que é estrutural, de natureza inconsciente para os mesmos integrantes, a qual somente pode ser deduzida por meio de indícios percebidos nas configurações conscientes.

Do que se trata uma unidade de tratamento intensivo (UTI)?

Segundo Orlando (2002), a UTI é uma área de convergência multiprofissional inserida no sistema de atendimento hospitalar, de modo a se poder considerá-la o setor que apresenta o maior nível de complexidade em termos de capacidade de dispensar cuidados aos pacientes mais críticos. No início, o grupo de profissionais da UTI era formado por um núcleo mais restrito: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Já nos últimos anos, este rol vem se estendendo a outros profissionais de variadas especialidades, tais como fonoaudiologia e psicologia, sendo que os frutos dos trabalhos desempenhados por todos eles no contexto da UTI dependem diretamente da qualidade do relacionamento interdisciplinar dos mesmos.

Desta maneira, a organização da dinâmica de trabalho da equipe multidisciplinar de uma UTI apresenta estreita relação com a capacidade dos seus membros de se comunicarem, havendo necessidade, para seu sucesso, do aceitar dos próprios limites de atuação, bem como o respeito à função de cada um (Costenaro, 2001).

Bolela (2008) afirma ser imprescindível, no contexto da terapia intensiva, construir mudanças, em uma busca de proporcionar maior humanização no cuidado, envolvendo, entre outras questões, o reconhecimento dos usuários como cidadãos, em sua integralidade e subjetividade. A autora afirma, ainda, que algumas situações que implicam na singularidade e integralidade do paciente na UTI nem sempre são compreendidas e valorizadas pela equipe, havendo dificuldades em reconhecer as diferenças entre as necessidades das pessoas internadas.

É importante que se invista, portanto, de acordo com a realidade atualmente apresentada pelas UTIs, no preparo dos profissionais de saúde para

lidarem com os pacientes e com as famílias dos mesmos, inclusive no fornecimento de apoio e continência a estas, sendo impreterível a introdução da ideia de integralidade do cuidado bem como da humanização da relação a fim de viabilizar um manejo efetivo da complexidade desta questão bem como a efetivação das ações dirigidas a essa clientela (Siqueira, 2008).

Alguns estudos relacionados ao tema deste trabalho

Oliveira (2002) relata-nos um caso, ilustrando um exemplo tanto daquilo que se pode encontrar em uma UTI pediátrica quanto do que se vivencia frente a isto, em termos emocionais. Conta, então, o caso de uma garota de 15 anos, que entra na UTI com um diagnóstico de insuficiência respiratória e pneumonia, constatando-se, logo em seguida, uma miopatia congênita, caso grave e de prognóstico desfavorável, exigindo tratamento com antibióticos e ventilação mecânica. Afirma Oliveira (2002) que a paciente demonstra ansiedade e mobiliza a equipe.

Nessa situação de dependência em relação à equipe de saúde, a demanda inicial da paciente e sua família volta-se para o médico, cuja palavra a esta dirigida pode revestir-se de grande poder e cuja informação é interpretada de acordo com as vivências singulares de vida da paciente e do lugar que ocupa em seu seio familiar. Os pais mostram-se apreensivos, mas parecem satisfeitos por considerarem que ali sua filha poderá ser bem cuidada. A evolução do caso, para surpresa de todos, foi boa, de início, mas a proposta de uso de uma cânula metálica, após traqueostomia é rejeitada pela paciente e seu pai, desestruturando-os.

Sempre tinha negado a doença da filha e achava que estava perto de superar essa dificuldade. Ela sofre, cansa, e parece aceitar a morte como parte da vida. Até

que, certo dia, não tem mais vontade de comer, fazendo-se necessário lidar com o inevitável - a morte. A família, a psicóloga e também os médicos ficam com ela até o final (um deles chega a chorar). Parece que seus pais precisavam de seu sangue vivo para viverem. O sentido da vida deles talvez fosse a cura da filha. Nesse tempo todo, a morte foi projetada para o futuro e essa criança foi-se mantendo viva. O luto começou. Os vínculos afetivos possibilitaram a superação da tendência ao impessoal, ao sofrimento e à percepção da morte iminente, diante do medo de estar só (Oliveira, 2002).

Por outro lado, Bastos (2006) afirma que, muitas vezes, o médico apega-se ao conteúdo universal da doença, desconsiderando a singularidade do paciente, podendo, com frequência, gerar uma dissociação psique-corpo e, conseqüentemente, desconfiança e insegurança no relacionamento entre ambos.

Assim, ao desconsiderar a singularidade do paciente, o médico pode tornar seu vínculo com ele bastante desestruturado, a ponto de fazer com que o próprio bem-estar de ambos, um na presença do outro, bem como em relação às decisões que precisam tomar em termos do tratamento a ser posto em prática, sejam prejudicados. Isso pode ocorrer também com o relacionamento entre mãe de criança com necessidade de um atendimento de uma UTI e médico, quando a postura profissional deste último é a supracitada, conduzindo a sentimentos de impotência, insegurança e angústias quanto ao tratamento oferecido ao filho.

A esse respeito, posso dizer que passei por experiências correlatas, estando eu no papel tão desconfortável, nesse contexto, de mãe de criança, na UTI. Digo desconfortável porque, em meio a uma circunstância de enfermidade de péssimo prognóstico como era a de meu filho, certas palavras médicas podem colaborar para

uma desestruturação psíquica importante. No caso, tal não chegou a ocorrer, pois a fé era maior do que qualquer coisa que eu pudesse ouvir: minha relação com Deus e minha convicção de Sua presença junto de mim, em cada momento. Falo, aqui, do que transcende; remeto-me ao que é invisível como o vento, mas que se pode sentir como se pode senti-lo. Àquilo que estrutura psíquica, defesa psíquica nenhuma pode dar conta de fazer e digo isso como cientista mesmo.

Tenho ouvido diversas experiências de profissionais com mães que têm filhos com síndromes raras, diagnósticos e prognósticos terríveis a eles atribuídos. Parece haver, nesses casos, realmente uma postura de negação da doença ou, sobretudo, das limitações impostas por esta, em uma ânsia de que a criança viva e aprecie coisas que sua realidade impede que possa acontecer da forma como a mãe idealiza. Situações como essa podem representar riscos à sobrevivência da criança, bem como ao futuro psíquico da mãe, à medida que, crendo estar propiciando ao filho uma qualidade de vida próxima à de uma criança sem necessidades especiais, ela pode perceber, mais à frente, ter lhe causado até mesmo a abreviação desta ou a inviabilidade de que seu objetivo fosse concretizado, conduzindo ao contrário do que imaginara. O sentimento de culpa, que pode ser claramente observado nas mães em qualquer circunstância aversiva na vida de um filho, o que constatei por meio de inúmeras conversas com outras mães, inclusive nesses anos de hospitalização de meu filho (ainda que não haja culpa concreta alguma de sua parte) poderá, então, ser vivenciada de maneira dramática por aquela que se aperceber, tardiamente, de ter provocado algo que, sem intenção, provocou.

Em estudo realizado por Gayva e Scoch (2002), a relação dos profissionais com os pais parece ter como característica principal a despersonalização dos

sujeitos. Observou-se que a equipe dirige-se aos pais tratando-os por "mãe" e "pai" e, raramente chamando-os pelo nome. Já na comunicação dos pais dirigida à equipe são utilizadas formas variadas de tratamento, utilizando o pronome você ou o próprio nome do profissional para dirigir-se a ele, mas, em algumas situações, os pais reproduzem o tratamento impessoal, despersonalizado que recebem dos profissionais. Porém, sob a perspectiva do cuidado constante, aquela mãe cujo prematuro está há muito tempo internado, já é chamada pelo nome, principalmente pela equipe de enfermagem, com quem estabelece um vínculo maior pela proximidade e convivência. Confirmando, por meio de minhas experiências pessoais, essas constatações.

Parece haver uma relação de assimetria entre equipe e familiares, na medida em que os profissionais acabam, muitas vezes, por dominar o diálogo, fazendo destes últimos mais receptores do que emissores das mensagens. Algumas vezes, eles buscam esclarecer suas dúvidas com quem está numa relação mais próxima, em geral auxiliar de enfermagem. Os profissionais de saúde, aparentemente, nem sempre têm considerado, na comunicação, os aspectos da intersubjetividade dos pais, que se encontram em um estado emocional geralmente tão abalado. Há, por outro lado, situações em que os profissionais parecem estar atentos para comunicação verbal e não-verbal estabelecida. A hospitalização de um filho na UTI é uma situação de dor extrema e o apoio da equipe de saúde é fundamental na superação dessa crise, segundo as autoras da pesquisa em questão (Gayva e Scoch, 2002).

Em relação a minhas próprias experiências como mãe neste contexto durante anos, em diversos hospitais diferentes, posso confirmar a necessidade de que a

equipe seja, em sua maioria, acolhedora. Não digo em sua totalidade, pois considero isto uma verdadeira utopia, sobretudo quando a hospitalização da criança é longa, de forma que os vínculos com os profissionais menos empáticos e a mãe acompanhante podem sofrer danos capazes de trazer experiências de ainda maior sofrimento para a última.

Santos, Gaiva e Gomes (2001), em pesquisa com mães participantes de um grupo de apoio aos familiares de bebês internados em uma UTIN privada de Cuiabá-MT, afirmam, de acordo com os resultados obtidos, que as mães parecem necessitar de um espaço onde possam compartilhar medos e ansiedades e que o grupo tem papel de orientação e informação, além de apoiar e confortar os familiares (Santos; Gaiva; Gomes, 2001).

A UTI tende a ser vista como um lugar de possibilidade de vida, apesar do risco constante de morte. Isto porque talvez se pense que o isolamento pode ser uma tentativa de controlar e dominar o imprevisível, a doença/saúde, a morte/vida. Parece ser necessária aptidão para uma convivência entre Morte /Vida/Fragilidade/Onipotência/Impotência. Na UTI, diante de tamanhas incertezas, tem que se ter cuidado para não haver uma grande desestruturação (Oliveira, 2002).

De acordo com este autor, o psicólogo, quando atua em um espaço como a UTI, fica diante da concretude da experiência vivida e participa dos fatos que se transformarão em acontecimentos na vida do paciente e de seus familiares, assim como da construção dos elos da cadeia de signos da história pessoal de cada um.

Oliveira (2009) presenteia-nos com sua tese: "Tecendo Histórias: Intervenção clínica em uma UTI semi-intensiva pediátrica." Nela, expõe algumas de suas

vivências profissionais, as quais revelam uma tentativa de trabalhar com as crianças internadas com atividades lúdicas pré-estabelecidas. A pesquisadora admite ter se surpreendido com a reação dos pequenos pacientes frente a essa proposta, na medida em que eles demonstraram necessidades diferentes dos objetivos dela, muitas vezes. Ou seja, frequentemente, eles, ao invés de envolverem-se no enredo das histórias contadas, tinham a necessidade de falar sobre a própria hospitalização.

A Autora vai, frente a suas experiências, concluindo que a atitude da equipe para com o paciente afeta a sua subjetividade sendo que um olhar predominantemente técnico impede-o de se reconhecer, podendo deixá-lo ainda mais angustiado. Conclui, ainda, que o fato de ela, como psicóloga, estar disponível e se apresentar tal como é, é melhor do que contar histórias e/ou pré-estabelecer atividades lúdicas. Confirma, também, a necessidade de a mãe ter um espaço para contar sua própria história com o filho enfermo, a fim de que ela resgate seu saber materno e a confiança nele, ao passo que a hospitalização e as falas médicas perpassam esse saber, invadindo-o e afetando, por conseguinte, o vínculo mãe-filho, fundamental para ambos, psiquicamente.

Muitas pessoas dizem frases como: “Vi Fulano nascer, Ciclano e Beltrano também...” E eu relato que já assisti a tantas e tantas mortes de crianças, tantas e tantas separações dolorosas entre pais e filhos. E que vivi a minha própria separação de meu filho caçula. Dentre essas separações, várias foram marcadas por aquilo que parece verdadeira permissão dos pais ou de um deles para que o filho pudesse ir. Oliveira (2009) também relata ter visto isso por diversas vezes, somente não conseguindo compreender o seu porquê.

De fato, creio que, sob esse aspecto, temos um limite para atingir tal compreensão cientificamente falando. Isto porque precisaríamos penetrar profundamente em aspectos que transcendem nosso entendimento, pertencendo a uma dimensão dos mistérios espirituais. Em parte, podemos supor que a confiança proporcionada pelos vínculos de boa qualidade entre mãe e bebê, com base nos cuidados e manipulação satisfatórios pela primeira a este, é capaz de mostrar a ele que deve ter a convicção do fato de poder “ir”, pois sabe que será o melhor para si, mediante a mensagem materna. A mãe ou pai, ao conquistar uma capacidade empática profunda quanto ao sofrimento da criança enferma, em um amor altruísta, diz ao seu objeto de amor incomparável: “Pode ir para os braços de Deus, filhinho.” E ele, que lutava tanto, em seu sofrimento atroz para ficar com seus pais também amados e a quem não queria descontentar e entristecer, sente-se com a permissão necessária para sua partida certamente para um lugar seguro, já que tem confiança suficiente para crer que seus pais só o “deixariam” ir se assim fosse.

Conforme ouvi, certa vez, de uma mãe de UTI, ainda que ela chorasse “lágrimas de sangue”, tudo o que ela pedia a Deus era que não permitisse o sofrimento de seu filho. Boa parte parecia acreditar, por outro lado, ser um milagre o fato de o filho estar vivo, a despeito das suas circunstâncias físicas causarem um sofrimento isento de palavras que o pudessem expressar e, conseqüentemente, que pudessem ser avaliadas.

É claro que não temos qualquer poder sobre a vida e a morte. Se tivéssemos, o filho de ninguém morreria. A dor é extrema. Por mais que se assistisse ao sofrimento dele, cremos que nenhuma mãe ou nenhum pai seria capaz de determinar: “Agora, morra”. A situação é totalmente diferente disso. Crer nisto seria

crer na possibilidade de onipotência de um ser mortal, dessa forma e, se isso realmente fosse possível, os pais fariam seus filhos saírem completamente, além de mantê-los vivos. Aí nos deparamos, novamente, com um mistério que nos transcende, mas que se mostrou real: aquilo que parecia a mim e a Oliveira (2009) ser uma permissão para a morte dada a um filho enfermo, por tantas vezes observada por nós, nas UTIs, representando o fim do seu sofrimento, com imediato aceite da oferta por parte deste.

Falamos, nesse caso, sobre enfermidades em estado terminal, pressupondo a iminência da morte que já se mostra em andamento, com resistência nítida por parte da criança a ceder a ela, cujos parâmetros encontram-se num “vai e vem”, em quase paradas cardio-respiratórias intercaladas a aumentos das frequências, muitas vezes, durante horas a fio, aparentemente até a tal permissão.

Em trabalho apresentado no II Congresso de las Configuraciones Vinculares, desenvolvido a partir de experiências vinculares de um dos próprios autores, ao relatá-las e analisá-las sob uma perspectiva psicanalítica, além de uma ótica grupal/vincular, apresenta como objetivo trazer contribuições no sentido de proporcionar reflexão e sensibilização relativas à relevância dos vínculos estabelecidos em meio a um contexto de enfermidade de um filho (Porta & Terzis, 2008).

“Aos treze dias de vida de meu filhinho, apareceu uma bolha em um dedo de seu pezinho, o que me motivou a levá-lo ao pediatra, com urgência. Ao chegar lá, ele o mandou, imediatamente, para internação, a princípio, para tomar um sorinho e um banho de luz pela icterícia.

Chegando ao hospital, absolutamente nada do que faziam para aquecê-lo era bem sucedido. Seu corpo estava gelado e praticamente inerte. Foi, imediatamente, levado para a UTI.

O desespero era indescritível. Num primeiro momento, não permitiram que eu e meu esposo entrássemos. Foram horas de espera. Depois, pude entrar e ficar com meu bebê. O hemograma mostrava possibilidade de infecção. Perguntei sobre a bolha e a médica mostrou-me que já até havia estourado (na verdade, era o sinal de Deus para salvar a vida de meu filhinho). Às vinte e três horas daquela quinta-feira, “expulsaram-me” da UTI. Foi a noite mais terrível da minha vida, até então. Só via, à minha frente, um funeral acontecendo.

No dia seguinte, encontrei com a médica que o atendera no dia anterior. Ela me disse que havia me mandado embora, porque precisava tirar o seu líquido, já que suspeitavam de meningite. Disse que eu ficaria desesperada se visse fazerem isto (ficaria mesmo, naquela época!). Não era meningite e agradei muito a Deus. Em todo o tempo que permitiam minha entrada, dizia a ele: ‘Filhinho, continue lutando para viver, porque você é muito amado, a mamãe precisa de você! Você tem um espaço na nossa vida que é só seu!’ Foram sete dias de UTI.

Por volta dos quatro meses de vida, sua cabecinha foi perdendo a sustentação e ele foi deixando de sorrir. Seus bracinhos ficavam parados. Foi rápido, questão de, mais ou menos, quinze a vinte dias. Quinze dias antes, havíamos consultado o pediatra e estava tudo bem. Na próxima consulta, porém, ele o mandou imediatamente para internação. Que desespero! Logo vi que, provavelmente, seria grave.

Chorei e clamei a Deus. Foi internado na pediatria e eu lhe dizia, durante todo o tempo: 'Não importa o que os médicos digam, filhinho! Jesus está com você! Tudo vai dar certo!' Mas eu estava com medo! Muito medo!

Quando veio a neurologista, ela me dizia coisas nada animadoras como que, se fosse hidrocefalia ou epilepsia, estas seriam boas opções. O nervosismo não tinha medida, quando ele fez a tomografia e ficamos esperando o resultado. Eu não podia comer e nem parar de andar de um lado para o outro, orando sem parar. Duas enfermeiras vieram, pegaram-me pelas mãos e oraram comigo, chorando muito, junto a mim: 'Senhor, nós não sabemos qual é a missão desta criança, mas sabemos que não cai uma folha de uma árvore sem a tua permissão...'

Estas foram algumas das palavras que elas disseram, o que me deu um tanto de força para prosseguir. Mas eu ainda temia muito e só pensava que a missão dele seria doar órgãos e isso me machucava demais.

Chegou a neurologista, após longa espera, com o resultado do exame. Eu lhe disse: 'Se for delicado, gostaria que conversássemos lá fora'. Ela respondeu: 'Então, vamos lá fora.' Ela disse, então: 'É muito grave. Ele tem uma doença na massa branca. Perguntei-lhe se levava à morte e ela disse que sim, em alguns meses ou poucos anos, pois era degenerativa.'

Nem é preciso dizer o quão desesperados ficamos, mesmo porque é impossível descrever. Meu bebê teve alta na mesma hora, pois não havia o que fazer mais no hospital, naquele momento. Fomos para casa e, à noite, fui à igreja, deixando meu bebê chorando nos braços de meu esposo e meu filho mais velho, também, irrequieto. Meu esposo pedia que eu não fosse, mas eu precisava buscar comunhão com Deus, sobretudo diante de tudo aquilo" (relato da mãe).

Neste relato, podemos constatar a importância extrema dos vínculos. Em uma condição humana de dor inenarrável, bem como de luta pela vida por parte do pequeno ser, eles demonstram desempenhar um papel fundamental. No início, a mãe, ainda chocada, por assim dizer, com a necessidade repentina e urgente da internação do filho, percebendo a gravidade da condição clínica de seu amado bebê, pede-lhe que lute para permanecer vivo, garantindo ao mesmo que ele possui um lugar no mundo, na família, que tanto o ama (Porta & Terzis, 2008).

Conforme nos fala Leal (1993) quanto ao fato de a atividade socioemocional delimitar-se desde a mais tenra idade, podendo-se encontrá-la já em bebês recém-nascidos, considerando-se a gravidade do quadro clínico da criança, naquele momento, como negar a possível relevância das comunicações estabelecidas entre a mãe e seu bebê, cuja melhora foi tão rápida, a despeito da possibilidade iminente de morte?

O trecho que relata o cuidado da médica em não dizer à mãe da criança que colheria o seu líquido para exame de meningite demonstra o estabelecimento de uma relação de empatia com a mãe desesperada, remetendo-nos ao conceito de “holding”, descrito por Winnicott (1963/1983), como um período em que a mãe: o protege da agressão fisiológica; é capaz de considerar a sensibilidade cutânea do lactente e seu desconhecimento quanto à existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo; realiza o cuidado adequado, de seu bebê, dia e noite, seguindo, também, as mudanças instantâneas que permeiam o crescimento e desenvolvimento do mesmo, tanto física como psicologicamente.

Quanto ao diagnóstico de doença degenerativa da criança, é interessante notar que, antes do resultado do exame chegar, ocorre algo bastante importante em termos de um movimento grupal configurado pelas enfermeiras, que pegam a mãe

pelas mãos e buscam, diante de tamanho sofrimento, o socorro, a ela, por meio da oração. Parece configurar-se, a partir de então, um vínculo entre elas, pautado na solidariedade e na fé cristã, em um vínculo que transcende o humano – a relação com Deus. Esta última, por sua vez, revela-se a mais importante das configurações vinculares estabelecidas, em meio ao mais extremo dos sofrimentos vividos pela mãe. Diante do impossível, ela recorre ao único que, sob o seu ponto de vista, pode fazer alguma coisa. Ela é totalmente impotente diante do que vive. Percebendo que o resultado seria terrível, ela diz ao filho: “Não importa o que os médicos digam! É Jesus que está com você”. Ela, então, introduz o filho em seu relacionamento com Deus, fazendo com que participe dele (Porta & Terzis, 2008).

Talvez possamos encerrar este texto com uma pergunta: Sem que se tivessem estabelecido os vínculos que se formaram entre mãe e bebê, equipe de saúde e mãe-bebê, entre mãe-bebê-Deus... O desfecho teria sido outro? (Porta & Terzis, 2008).

Dessa maneira, podemos concluir que o sofrimento vivenciado pelos pais, decorrente da hospitalização de um filho traz alterações difíceis de se lidar nos vínculos familiares. Assim sendo, temos a oportunidade de observar os benefícios de sua permanência junto à criança, bem como dos cuidados e acolhimento da equipe multiprofissional, os quais sejam capazes de gerar elos de afetividade e de confiança mútua (Molina, Fonseca, Waidman e Marcon, 2009).

Do mesmo modo, concordamos com Mendes (2005), quando diz que devemos nos atentar à prática domiciliar em pediatria, procurando abstrair as potencialidades para a construção de uma ação integrada de cuidado, tendo como perspectiva central as questões do acolhimento e do vínculo como instrumentos para a conquista da integralidade da assistência.

Nossa hipótese, aqui, consiste, basicamente, na ideia de que, em todo vínculo, o inconsciente inscreve-se e expressa-se repetidas vezes, em seus diversos registros, tanto no interior de cada sujeito, quanto no interior do próprio vínculo.

O presente trabalho apresenta originalidade, na medida em que os vínculos intersubjetivos não fizeram parte, inicialmente, dos objetos teóricos da Psicanálise, de forma que, por meio dele, procuramos legitimar este novo enfoque, com uma substancial produção teórico-prática a respeito do espaço do grupo ou das configurações vinculares na Psicanálise contemporânea.

As motivações para a pesquisa no sentido da expressão de sentimentos e da transformação podem estar presentes em qualquer grupo e tendem a ser compartilhados por todos os seus integrantes de modo que as atividades de pesquisa e de transformação não esperam o psicólogo de grupo para serem desencadeadas, estando, permanentemente em funcionamento em seu interior. Além disso, precisamos considerar a importância do fator “resiliência”, como atributo pessoal frente às circunstâncias dramáticas da vida, termo a respeito do qual discorreremos no capítulo a seguir.

Resiliência e enfermidade ou morte de um filho

O termo “resiliência” refere-se a um conceito conhecido há bastante tempo na Psicologia. O dicionário Aurélio descreve-o como a “Propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora duma deformação elástica.”

Há mais de vinte anos, os psicólogos empregam este termo para descrever certo conjunto de qualidades favorecedoras de um processo de adaptação criativa e de transformação, a despeito dos riscos e da adversidade das situações vivenciadas. Pessoas que tenham passado por condições as mais terríveis e são capazes de viver uma vida de florescente alegria, podem ser consideradas resilientes, em uma verdadeira arte de ressurgir à vida, até mesmo após grandes sofrimentos e tragédias (Poletti e Dobbs, 2005).

Com isso, compreendemos que sofrimentos intensos causados pela enfermidade e/ou morte de um filho exige determinado grau dessa capacidade denominada resiliência. O filho que morre é um pedaço da alma que se vai, “esburacando” o coração materno. Aqui, falamos da deformidade deixada não em um corpo que precisa ter elasticidade para devolver a energia causadora da mesma, mas da força de recuperação emocional frente à falta constante com a qual se tem que conviver para o resto da vida. Um filho, ainda que se tenha dez, é insubstituível. Seu espaço, que era somente seu, na família, permanece agora vazio até a morte dos outros membros.

Henezel (1996) afirma que nós chegamos a esconder a morte como se ela fosse algo vergonhoso e que não somos capazes de enxergar nela mais do que horror, absurdo, sofrimento inútil e penoso, escândalo insuportável. A morte é o momento culminante de nossa vida, sua coroação e, portanto, aquilo que lhe confere sentido e valor, não deixando, todavia, de ser um imenso mistério. A autora afirma, ainda, a esse respeito, que nós sabemos que um dia morreremos, mesmo que não conheçamos de que forma ou quando.

Neste sentido, porém, se alguém que vê a morte tão de perto, por assim dizer, com um filho que se vai, com esse pedaço de si mesmo que morre junto com

ele, apresenta sentimentos e pensamentos desse tipo (de que ela é vergonhosa, um sofrimento inútil...), não nos parece possível que haja resiliência. Neste caso, essa visão do acontecimento de que falamos é incompatível com qualquer possibilidade de que o indivíduo seja resiliente e, portanto, de que seja capaz de “ressurgir” diante de grandes dramas vivenciados, retomando sua vida de forma tão saudável sob todos os aspectos.

Cyrułnik (2006) apresenta a ideia de que, depois de um trauma psíquico, tal como ocorre com o trauma físico, instala-se uma perda de tecido afetivo, com necrose e escaras, carregando-se a morte dentro de si, de modo que todo traumatizado acaba por ser obrigado a mudar, senão ele mesmo “fica morto”. Ele afirma que, mesmo os que têm graves feridas afetivas têm possibilidade de transformá-las em grande felicidade, diante do que restou para viver e ainda que, por outro lado, a resistência é o que impede a resiliência. Nesta última situação, o autor refere-se àqueles que podem apenas resistir e sobreviver ao sofrimento, inexistindo qualquer mudança desses traumatizados, os quais não demonstram terem tido a capacidade de usar ou desenvolver a resiliência, nem tampouco terem encontrado uma pessoa ou um meio favorável que os conduzisse a ela.

Cyrułnik (2006) realiza uma classificação dos que permanecem submetidos ao trauma, os chamados “afogados” por ele, em quatro grupos: os evitativos (que evitam expressar as emoções, por medo), os ambivalentes (que agredem a quem amam, devido à angústia), os apego-angustiados (que procuram prender o seu objeto de amor) e os desorganizados (que se encontram geralmente em estado de confusão e aflição). Assim, podemos dizer em acordo com Cyrułnik (2006), que as crianças que puderam vivenciar vínculos seguros na primeira infância têm mais condições de se tornarem grandes resilientes ao sofrer o acidente traumático,

havendo dois golpes que compõem um traumatismo, segundo ele: um primeiro proveniente do trauma real que o indivíduo traz em si, com a dor, o sofrimento, a humilhação, a perda; e um segundo, na representação do trauma e no discurso dos outros sobre si, após o acontecimento. Este discurso pode trazer à tona todo o quadro dos efeitos do trauma, revelando todo o funcionamento intersubjetivo, ou seja, entre o psiquismo, o real e o grupal/social. Dessa maneira, a resiliência não é passível de ser objetivada a um determinado momento, na medida em que é uma teoria de vida que se ata e se desata constantemente. Para o resiliente, há maior facilidade em discriminar e presteza em descartar o que é secundário, com o conseqüente melhor aproveitamento das oportunidades mais significativas que surgem em sua vida. Quando não se atribui um sentido ao trauma, ao sofrimento, há uma verdadeira paralisação, mas, quando se é possível fazê-lo, o relato torna-se um meio indispensável para desfazer toda a confusão e toda essa desestruturação. O adaptar-se a um trauma que possa ser considerado bom em demasia é antirresiliente, de forma que o trabalho no sentido de uma verdadeira resiliência precisa ser diário, com o tecer de algo, de forma contínua, a partir daquela vivência dramática.

Portanto, constatamos a absoluta importância do relato, a ser alvo de uma escuta analítica adequada, com a finalidade de colaborar com o desenvolvimento do favorecer profundo da irrigação da semente da resiliência, a partir do proporcionar de transformações efetivas sobretudo àqueles que não puderam vivenciar vínculos primários adequados e que transmitissem segurança/confiança, impossibilitando, tantas vezes, essa capacidade fundamental diante de situações dramáticas com um filho. Eis algo em que devemos refletir, seja qual for nossa linha teórico-prática, como psicólogos: como podemos ajudar nossos pacientes ou mesmo nosso próximo

(que não esteja necessariamente conosco em um *setting* analítico), na busca de uma transformação real da dor extrema em força vital?

Transferência e Contratransferência no método Psicanalítico

A transferência é considerada como uma verdadeira dimensão epistemológica da Psicanálise, sendo que, o que é selecionado é capaz de revelar a dimensão intersubjetiva e a característica constitutiva do desejo humano: apto para ser dito, está dirigido a um outro. O outro, então, encontra-se capacitado a ter diferentes estatutos dentro da cura, com a condição de que o analista não se confunda com esses outros. Assim sendo, a experiência psicanalítica obriga a teoria a incluir a intersubjetividade como condição mesma do desejo (Kaës, 1994).

Em nosso caso, a questão do desejo é muito importante: o filho que não anda, não fala, não brinca, pode representar o filho perdido e, paralelamente, a falta que se instala no psiquismo de toda a família, podemos dizer em especial da mãe. A falta remete ao desejo: desejo do filho com o corpo por inteiro, podendo usufruir a vida como a maioria conhece, sem tamanhas dificuldades.

De outro lado, a mãe que perde o filho precisa sufocar, matar, estraçalhar de uma vez por todas o desejo por esse filho. A esperança se vai de uma vez. Ela era inevitável antes. A esperança na melhora da qualidade de vida de sua criança amada e o desejo de ver o filho comunicando-se melhor com a família precisam ser reprimidos por completo, com o retirar de toda a libido investida nele, o que ocorre por meio de um processo.

Agora, já não adianta mais desejar. O filho não voltará. No lugar do desejo, representado pela falta (de saúde, de vida em abundância), vem a dor, representada

pela falta também, mas por uma falta sem qualquer possibilidade de esperança de preenchimento, de realização do desejo.

De acordo com Terzis (2008), a luta da alma humana com os desejos que não podem ser realizados bem como as emoções perigosas são reprimidos, mas continuam a viver somente para encontrar os modos de satisfação que a vida real lhe negou.

A questão da contratransferência, então, entra em cena, com toda a força, neste trabalho: a própria pesquisadora vive a condição extrema com seu filho menor, durante todo o seu doutorado, mesma situação vivenciada pelas participantes da pesquisa, cujo tema é exatamente aquilo que ferve em si mesma como ser humano, nas mais diversas situações que permeiam essa caminhada materna.

Sigmund Freud, em 1895, descreve, pela primeira vez, o termo transferência, afirmando ser ele uma forma de resistência à análise por parte do paciente, com o fim de evitar o contato com os resquícios da sexualidade infantil, a qual, por sua vez, permanece ligada às zonas erógenas. Em mesma obra, defende a transferência, então, como sendo um grande obstáculo, podendo ser considerada como uma forma de falso enlace do paciente com o analista.

Já em outro momento, Freud (1905/1996) responde à questão: “O que são transferências?”, afirmando que as mesmas dizem respeito às novas edições dos impulsos e das fantasias que são criados e que se tornam conscientes no decorrer da análise. Sua resposta ainda inclui a ideia de que as transferências apresentam uma característica em especial que se trata da substituição de uma figura anterior pela figura do analista. Dessa forma, Freud (1905/1996) preconiza a ideia de que uma série de experiências de natureza psicológica é renovada, de maneira a ser aplicada não como pertencente ao passado, mas à pessoa do analista, no presente.

A concepção de Freud quanto à transferência, no entanto, parece alterar-se, gradativamente, de forma a podermos observar que, no princípio, posicionava-a muito mais como um obstáculo à análise do que podemos perceber em afirmações como a que ele faz em 1923, qual seja: a transferência, em sua forma positiva ou negativa, trabalha a favor da resistência; porém, pode tornar-se o mais eficaz dos instrumentos terapêuticos nas mãos do analista, exercendo um papel de valor inestimável no que se refere ao processo de cura (Freud, 1923).

Assim, de acordo com Etchegoyen (1989), referindo-se ao pensamento de Freud expresso no “Epílogo de Dora”, a **transferência** diz respeito a um fenômeno universal, consistindo em uma superposição do passado e do presente, com a existência de objetos e desejos passados, os quais não são conscientes e cujo afeto não se apresenta adequado à situação atual. O autor, considerando a teoria freudiana completa e exata, e com base na mesma, afirma ser a transferência uma relação de objeto de caráter irracional / inconsciente, cuja raiz é infantil, havendo a confusão entre passado e presente, conferindo-lhe um teor de resposta inadequada.

Portanto, Freud transformou a transferência, antes considerada um obstáculo, em um caminho para acessar o inconsciente, de modo que os mecanismos que operam nela são o deslocamento, a projeção e introjeção, a identificação e a compulsão à repetição, sendo que o que se transfere são modalidades vinculares, relações de objeto, representações inconscientes, imagos. (Zadunaisky, 1991).

De acordo com Laplanche (1990), a transferência não se trata de um fenômeno espontâneo, de modo que elementos como o enquadre, a regra fundamental, o submetimento da sexualidade à autoconservação, as recusas do analista é que produzem a transferência analítica. Laplanche sustenta, ainda, a ideia da existência de uma transferência originada na infância, que seria fruto da

metabolização dos significantes enigmáticos, veiculados pelo agente materno, o qual se renova na situação analítica, onde se atualiza e refunda a sedução originária.

Por sua vez, Lagache (1986) defende a ideia da existência de um dosar da assimilação da situação presente a antigos hábitos bem como do ajuste de hábitos antigos à situação presente, entendendo por transferência, por outro lado, as condutas irracionais e não ajustadas à realidade.

Algumas afirmações de Laplanche e Pontalis (2004) parecem-nos de grande valia, no que tange à transferência, podendo resumir brevemente seu significado geral e sua relevância. Os autores expõem que o termo trata-se de uma repetição de protótipos de natureza infantil vivenciada com um marcante sentimento de atualidade.

Creemos, por nossa vez, na possibilidade de haver transferência em qualquer vínculo que se possa estabelecer, ainda que ele não ocorra inserido em um contexto de tratamento analítico e é exatamente por esse motivo que admitimos a relevância de sua abordagem na análise dos resultados por nós obtidos. O mesmo podemos afirmar a respeito da contratransferência.

Aliás, é necessário frisar, novamente, que esta última merece atenção especial, neste trabalho, devido às vivências pessoais da própria pesquisadora com seu filho menor, durante todo o seu doutorado, cujo tema é exatamente aquilo que traz em si mesma como marcas psíquicas inigualáveis, mas, ao mesmo tempo, comuns às das outras participantes da pesquisa, pelo teor vincular mãe-filho gravemente enfermo.

No que se refere à **contratransferência**, é importante mencionar a origem de tal conceito, de maneira que, para tanto, naturalmente, Freud deve ser citado. Em 1910, o Autor afirma, pela primeira vez referindo-se à contratransferência, que esta

surge no analista como fruto da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes, parecendo imprescindível que ele reconheça tal contratransferência e a supere, de maneira que nenhum psicanalista pode ir além do que seus complexos e resistências internas lhe permitem.

Segundo Etchegoyen (1989), Freud, em 1910, em um artigo e uma carta a um discípulo seu, abordou o tema como sendo uma resposta emocional do analista aos estímulos provenientes do paciente, constituindo um obstáculo a ser removido.

Assim, precisamos dizer que foram muito raras as vezes em que Freud fez referência ao conceito por ele criado, de forma que a contratransferência era por ele considerada como um obstáculo ao analista quanto às suas possibilidades de compreensão de seu paciente, tal como era a sua visão em termos da transferência. Por outro lado, diferentemente do que ocorreu com esta última, sua ideia de que a contratransferência consistia em uma espécie de resistência do analista em relação a seu paciente e, portanto, em mero obstáculo, permaneceu até o final (Terzis, 1999).

Já na primeira metade do século passado, em 1933, Theodor Reik esboçou uma teoria da Contratransferência a partir da intuição, fazendo-o apenas de modo implícito e considerando a atitude receptiva aliada à confiança maior na intuição do que no mero raciocínio como fatores importantes para o melhor captar, por parte do terapeuta, do que se passa no inconsciente do paciente. Nos anos de 1950 é que a contratransferência passou a ser considerada concretamente, havendo contribuições simultâneas de Henrich Racker e Paula Heimann, passando-se a visualizar o tema não somente como perigo mas também como instrumento sensível e campo que viabiliza a modificação real do paciente (Etchegoyen, 1989).

Desta maneira, a contratransferência, anteriormente entendida como uma perturbação neurótica do analista, prejudicando a objetividade e a clareza de pensamento em relação ao paciente, passa a ser gradativamente mais vista como uma verdadeira fonte de extrema relevância, de informações a respeito do paciente, além de um fator fundamental da interação entre analista e paciente (Segal, 1982).

Mc Dougall (1991) ilustra algumas ideias quanto à relação entre a contratransferência e a comunicação primitiva. A autora afirma que o analista sente-se afetado, de alguma maneira, pelos sinais presentes na fala e em certos elementos sensório-motores captados subliminarmente, antes de qualquer coisa. Tais emoções emergidas no analista através dessas infiltrações primitivas conduzem a uma possibilidade de interpretação. Assim, se há o intuito de trazer à tona e tornar audível o afeto sufocado, o analista precisa estar preparado para a contenção do “transbordamento” e para a elaboração de tal vivência.

Mc Dougall (1991) supõe, ainda, que os afetos não se tratam apenas do reflexo dos conflitos inconscientes do analista, frisando que “(...) enquanto o analista persistir unicamente em localizar as cadeias associativas, em seguir os fios significativos do discurso, aplicando fielmente a grade de decodificação herdada de sua formação (seja qual for a grade de decodificação privilegiada por ele), o processo analítico será bloqueado pela resistência da contratransferência” (Mc Dougall, 1991, pp. 113).

Winnicott (2000) propõe uma classificação dos fenômenos contratransferenciais, qual seja: anormalidade nos sentimentos contratransferenciais; identificações e tendências provenientes da experiência e do desenvolvimento pessoal do analista, responsáveis por conferir as bases positivas ao seu trabalho, tornando-o diferente do trabalho de outros analistas; e a

contratransferência legitimamente objetiva ou, se isto representar dificuldade, o amor e o ódio do analista pela personalidade e comportamentos reais do paciente. O autor afirma haver estrita necessidade de o analista estar plenamente consciente e prevenido em relação aos seus sentimentos brutais, sendo imprescindível que ele tolere que lhe atribuam tais sentimentos. Portanto, não deve negar seu ódio pelo paciente, mas fazer com que ele seja nitidamente percebido e mantido isolado a fim de que possa ser utilizado em futura interpretação.

Após essas considerações, devemos salientar que a análise dos resultados de nossa pesquisa foi realizada com base na consciência dos riscos emocionais vividos pela pesquisadora, com vistas à considerável proximidade de suas experiências pessoais concomitantes ao desenrolar do trabalho. Tal consciência levou-a a buscar o devido apoio psicológico, além de seu fator pessoal “resiliência”, a respeito do qual discorreremos na Introdução.

Objetivos:

O presente estudo teve por objetivo geral estudar a estrutura e a dinâmica do vínculo mãe-filho em situações nas quais se faz necessário o atendimento especializado de uma UTI a este último.

Os objetivos específicos foram: por meio do relato de mães, cujos filhos encontram-se em UTI (domiciliar ou hospitalar), a respeito dos vínculos com o filho: a) analisar as observações, os relatos obtidos por meio das visitas e pelas experiências da própria pesquisadora e compreendê-los; b) descrever algumas estruturas emocionais produzidas no vínculo mãe-filho, sob o ponto de vista psicanalítico; c) Investigar a condição afetiva da mãe, bem como de suas necessidades emocionais; d) propor possíveis intervenções psicológicas frente a esses resultados.

MÉTODO

No presente estudo, devemos considerar, primeiramente, que, na Psicologia grupal, podemos distinguir duas categorias de grupos: a dos grupos naturais e a dos grupos criados artificialmente (Anzieu e Martin, 1971).

Em nossa pesquisa, temos o estudo de um grupo natural, que se efetua no lugar habitual das atividades próprias do grupo (residência), ainda que a ênfase do trabalho venha a encontrar-se nos relatos obtidos por meio de entrevista, observação e experiências pessoais da pesquisadora.

Sob o ponto de vista clínico, há a suposição de que o psicólogo tem uma função de um sujeito observador participante, exercendo seu papel como qualquer outra pessoa que frequente a casa.

Acreditamos que, por meio deste contato com a psicóloga, que também viveu situações similares às possivelmente vivenciadas pelas outras participantes da pesquisa, estas puderam obter apoio e continência. Não houve qualquer intervenção diretiva de sua parte, nem tampouco a proposta de um programa às mães.

Vale citar, aqui, a experiência humano-científica, se podemos chamar assim, vivida por uma pesquisadora, a qual, assim como nós, está imersa em um contexto similar ao que os participantes de sua pesquisa estão inseridos. Teixeira (2006) relata-nos algo a respeito de suas motivações para a realização deste trabalho com pessoas com deficiência adquirida na fase adulta: afirma, quanto a isto, ter tido vontade de conhecer de modo humano e sensível, porém científico, a vivência de outras pessoas que passaram por um drama semelhante ao seu, com o intuito de produzir conhecimentos que pudessem ajudá-las. Conta, ainda, que esta temática, de grande significância em sua vida, trouxe a oportunidade de conhecer estratégias de sobrevivência emocional de pessoas que sofrem problemas semelhantes ao seu.

Teixeira (2006) revela também ter promovido encontros constituídos do acontecer humano, segundo suas palavras, único e irrepetível, os quais deveriam ser comunicados, em momento posterior, aos seus leitores. Assim, segundo a autora, seu estudo demonstra harmonia em relação a pontos de vista epistemológicos que consideram que o conhecimento sobre o humano somente pode ser produzido pelo humano, em condições concretas de intersubjetividade, jamais procurando rigor na neutralidade e na impessoalidade, mas compreendendo como fundamental a presença viva do pesquisador.

Quanto ao valioso tema “intersubjetividade”, não podemos deixar de destacar a relevância nele contida. Na metabolização intrapsíquica bem como em suas vicissitudes, articula-se uma metabolização de natureza intersubjetiva, em que há a inclusão da psique do outro ou de mais de um outro. Assim, precisamos estar sensíveis a esses movimentos intersubjetivos, enquanto psicanalistas, até mesmo considerando que a maneira e as condições em que se efetua a repressão e também todos os seus conteúdos e efeitos não podem ser considerados como exclusivamente individuais (Kaës, 1997).

Podemos, então, afirmar que fazemos nossas essas ideias apresentadas e vividas por Teixeira (2006), tendo desempenhado ela o duplo papel de pessoa que vivencia uma situação muito próxima da vivida pelos participantes de sua pesquisa, bem como o de pesquisadora/cientista, assim como nós, de certa forma, baseados em premissas tão valiosas como as apresentadas nesta dissertação notável.

Participantes: Duas mães de crianças em contexto de atendimento de uma UTI (domiciliar e/ou hospitalar) e a própria pesquisadora, todas residentes em uma cidade metropolitana do Estado de São Paulo. Naturalmente, todos os

nomes aqui expostos são fictícios, incluindo-se outros nomes que não os das participantes da pesquisa (como de profissionais e das crianças).

A única entrevistada possui vinte e dois anos, sendo que sua filha única apresenta hidrocefalia, necessitando de UTI domiciliar, no momento da entrevista e, por diversas vezes, de UTI hospitalar; é separada do pai da criança e mora com os pais, a irmã e a filha; a pequena paciente de sete anos tem traqueostomia e gastrostomia, dependendo de oxigênio; além disso, é acamada, não fala e apresenta espasmos.

A outra participante, a quem a pesquisadora visitou por três vezes, não conseguindo realizar a entrevista por motivos diversos (dificuldades em relação ao tempo, ora da equipe, ora da própria mãe), tem 44 anos, possui três filhos, os dois primeiros do primeiro casamento e o último (com paralisia cerebral) do marido atual. No decorrer da pesquisa, esta mãe, que recebe atendimento domiciliar multidisciplinar gratuito, tal como a primeira participante, ao seu filho caçula (que apresenta traqueostomia, gastrostomia, necessidade de oxigênio e está acamado, com notável atrofia muscular), recebeu terríveis notícias quanto ao estado de saúde de seu filho de quase trinta anos. Este morava com ela, o irmão de sete anos (com paralisia cerebral) e o padrasto, ajudando-a consideravelmente, segundo afirmações dela própria. O câncer o acometeu, culminando em diversas metástases, levando-o a óbito, quando a pesquisadora já não tinha mais possibilidade de contato com a família, devido a problemas de transporte, da própria instituição, segundo a pediatra do Programa de Atendimento Domiciliar.

Por último, eu, a pesquisadora, apresento-me: sou mãe de dois filhos (meninos), sou casada, tenho 33 anos, sou psicóloga e mestre em Psicologia Clínica. Meu filho caçula nasceu muito bem, manifestando uma doença rara, até

agora desconhecida, aos cinco meses de idade, quando foi apresentando uma perda significativa e aceleradíssima de mielina, em quinze a vinte dias, com regressão abrupta em seu desenvolvimento. Aos treze dias de vida, já havia sido internado, mas por apenas uma semana e não havia qualquer diagnóstico comprometedor, desenvolvendo-se normalmente após este fato. A partir dos cinco meses, foram mais seis internações, das quais a última com três anos ininterruptos de duração. No início da última internação, foram realizados os procedimentos cirúrgicos de traqueostomia e gastrostomia. Por diversas vezes, chamaram a família para que se despedisse dele. Voltou para casa quando fez quatro anos de idade, apresentando melhoras neurológicas visíveis; grande alegria para toda a família. Precisava de respirador (mas já estava sendo feito desmame), não falava (mas já começava a balbuciar, chegando, certo dia, a dizer “mama”, ao ouvir minha voz), não andava, não sorria mais desde bebê (mas já estava esboçando leve, sutil sorriso). Não tinha qualquer atrofia e seu crescimento e peso eram correspondentes à idade. O irmão de sete (agora oito) anos era muito carinhoso com ele e ele demonstrava em seus parâmetros (respirador e oxímetro), a diferença que fazia a ele esta presença, no sentido mais positivo. Faleceu há dois meses (26 de junho de 2010), oito dias após fazer o aniversário de cinco anos em nossa casa, quando não havia qualquer motivo aparente para que isso acontecesse.

Critérios de inclusão e de exclusão:

Foram incluídas, nesta pesquisa, mães cujos filhos estavam sendo atendidos por um serviço gratuito de UTI domiciliar, implicando em uma população carente sócio-economicamente. De acordo com as informações da equipe que atende estas crianças (pediatras, enfermeiros, fisioterapeutas), a psicóloga poderá excluir mães

que não tenham condições psíquicas suficientes para participar da pesquisa (quadros psicóticos, por exemplo).

Se, ainda com esta medida, ao chegar à residência da participante, houvesse qualquer sinal de que a mãe encontrava-se incapaz de participar da entrevista, esta não seria realizada. Naturalmente, houve um “Rapport” que pudesse conduzir a tal percepção por parte da Psicóloga.

De acordo com esses critérios, teríamos a possibilidade de contarmos com mais uma participante. Todavia, isso não pôde ocorrer devido a condições práticas da instituição, ou seja, dificuldades em relação a transporte, o que reduziu consideravelmente o tempo disponível para os atendimentos de uma hora por parte da pesquisadora. O mesmo foi um dos motivos por não termos entrevistado D. Júlia, visitada por três vezes, nas quais não houve tempo para realizar o trabalho, ora por falta de possibilidade, nesse sentido, por parte da equipe, ora por parte da própria participante, que precisava realizar algum cuidado para com o filho acamado.

Quanto à participação da própria pesquisadora, esta fora bastante encorajada por um dos membros da banca de qualificação do presente estudo, com a argumentação, considerada plausível por nós, de que a sua profunda anamnese bem como suas próprias experiências como mãe de UTI seriam fatores facilitadores de uma compreensão significativamente aprofundada e inédita nas pesquisas científicas de perspectiva analítica. Assim, o duplo papel de mãe e cientista foi contemplado por nós, sob um ponto de vista peculiar, num vislumbre da realização de uma pesquisa, que, de fato, pudesse trazer contribuições científicas únicas, devido a esta condição “ousada”, por assim dizer, a qual, a nosso ver, pôde desvelar questões não somente de dentro da participante para fora dela, como também da mãe-sujeito-participante-cientista-psicóloga, para fora.

Local:

Residência das duas primeiras participantes da pesquisa, considerando-se provável dificuldade em termos de ausentar-se da casa, onde se encontra o filho enfermo, além deste fato não ter consistido em empecilho algum para a realização do trabalho. Mais ainda, pôde ser uma oportunidade de observação por parte da pesquisadora, de possíveis interações mãe-criança. Somente em meu caso, foi hospitalar e domiciliar.

Instrumento:

Utilizamos, no presente trabalho, então, a técnica de entrevista, que é considerada por nós um instrumento fundamental do método clínico, tendo suas regras empíricas próprias. Estas últimas, por sua vez, não apenas favorecem a ampliação e a verificação do conhecimento científico, mas também sua aplicação, de forma que a técnica consiste no ponto em que a ciência e as necessidades práticas interagem (Bleger, 1985).

A escuta psicanalítica também foi um importante instrumento utilizado por nós. O conceito refere-se a dois planos, pelo menos: o da comunicação primitiva e o da escuta do que o paciente narra, além das interpretações do analista. O primeiro plano diz respeito ao que o analisando (no nosso caso, a participante da pesquisa) transmite inconscientemente por meio de uma comunicação não-verbal, como: a linguagem corporal (gestos, etc); a oniróide (imagens visuais, devaneios, narrativas místicas, alucinoses, sonhos, etc); a da conduta (mais especificamente, a dos actings); a dos efeitos contratransferenciais (capaz de transformar em empatia, quando é eficiente, por parte do analista) (Zimmerman, 2001).

Podemos distinguir dois tipos básicos de entrevista psicológica, quais sejam: aberta e fechada. Elegemos, no presente trabalho, a entrevista aberta, em que o profissional tem vasta liberdade para perguntar ou intervir, de acordo com as particularidades de cada caso, permitindo que o entrevistado configure, o máximo possível, o campo da entrevista de acordo com sua estrutura psicológica particular. Com isto, esta técnica traz a possibilidade de uma investigação mais ampla e profunda, devendo-se considerar que, apesar de haver tanto entrevistas grupais quanto individuais, a entrevista sempre é um fenômeno grupal. Aqui, ela foi realizada com o objetivo de pesquisa (em que importam os resultados científicos), mas também, em certa medida, com o do beneficiar da entrevistada (com o propiciar de uma escuta atenta e continente, buscando levar apoio psíquico e reflexão a ela) (Bleger, 1985).

Houve, então, em nosso trabalho de campo, uma explicação inicial a respeito de nossos objetivos, à entrevistada (já que não foi possível realizá-la com a outra mãe) os quais se referiram à conquista de uma compreensão a respeito dos seus vínculos com o filho em contexto que envolve a necessidade de atendimento de uma UTI, bem como das condições emocionais dela própria, frente a tal situação. Em seguida, foi feita a pergunta disparadora: “Por favor, você gostaria de falar sobre suas vivências, pensamentos e sentimentos em relação ao seu filho? Fique à vontade; pode falar livremente tudo aquilo que pensar.”

A orientação, neste sentido, condisse com a associação livre de ideias, conforme uma das regras da Psicanálise. Todavia, como se trata de uma pesquisa, introduzimos a questão disparadora, caracterizando uma entrevista aberta, bem como questionamentos pertinentes a determinados momentos da mesma, por parte da profissional.

Além da entrevista aberta e da escuta psicanalítica, utilizamos como instrumento as observações da pesquisadora no contexto em que se inseriu durante cinco anos como mãe de UTI, bem como suas próprias vivências como tal.

É importante mencionar que, na entrevista, o entrevistador constitui parte do campo, condicionando, até certo ponto, os fenômenos que ele mesmo registra depois. Então, quanto à validade dos dados assim obtidos, podemos dizer que a objetividade na investigação não se cumpre em nenhum outro vértice científico, quanto menos na Psicologia, em que o objeto de estudo é o homem. Por outro lado, a máxima objetividade que se pode alcançar é por meio do incorporar do sujeito observador como uma das variáveis do campo. Precisamos considerar também que toda conduta acontece em um contexto de vínculos e relações humanas, sendo a entrevista a situação 'natural' em que se dá o fenômeno psicológico (Bleger, 1985).

Segundo Bleger (1985), cada situação humana é sempre original e única, ocorrendo o mesmo com a entrevista. Porém, esta originalidade não impede a definição de constantes gerais, ou seja, das condições que se repetem mais frequentemente.

Desse modo, é necessário que fique claro que entrevistador e entrevistado formam um grupo, um conjunto, uma totalidade, em que a conduta de ambos é interdependente, o que foi considerado na construção do presente estudo de campo.

Procedimento:

A pesquisadora apresentou um termo de consentimento às mães, após todas as explicações concernentes aos detalhes da pesquisa realizada a partir de seus relatos (anexo). Estes esclarecimentos incluíram: a forma como deveria ocorrer a entrevista, quais eram seus objetivos, qual a sua relevância e como seriam usados

os seus resultados; além disso, colocamo-nos à disposição para futuros contatos/encaminhamentos, sobretudo diante da possibilidade de emergirem demandas psicológicas após a entrevista.

Esses registros, portanto, foram obtidos por meio dos relatos espontâneos, das minhas observações, da entrevista aberta a uma das mães, de minhas próprias vivências como mãe nesse contexto.

Análise do material:

A pesquisa em questão é uma forma de estudo que se atém ao modo como as pessoas vivenciam, interpretam e trazem sentidos às suas experiências e ao mundo que as rodeia, fundamentando-se na existência de um vínculo dinâmico e indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (Gadbem, 2004).

Procuramos trabalhar em consonância com o trabalho de Freud (1901/1996) na interpretação dos sonhos, apesar da distinção relativa ao fato de não termos interpretado as atuações das participantes da pesquisa em um setting analítico, mas sim os relatos das experiências vinculares com o filho enfermo.

Sob esta perspectiva, o material dos pensamentos do sonho, para fins de formação deste último, despojado em grande parte de suas relações, é submetido a um processo de compressão, enquanto que, ao mesmo tempo, os deslocamentos de intensidade entre seus elementos promovem necessariamente uma transposição psíquica dos valores deste material. Os deslocamentos demonstram consistir na substituição de alguma representação particular por outra estreitamente associada a ela em algum aspecto; assim, eles são utilizados para facilitar a condensação, na medida em que, por meio deles, ao invés de *dois* elementos, apenas um fator intermediário comum a ambos entra no sonho. Entretanto, parece existir outra

espécie de deslocamento, que se revela numa mudança da *expressão verbal* dos pensamentos em causa. Deste modo, nos dois casos, existe um deslocamento ao longo de uma cadeia de associações, cujo resultado pode ser, num caso, a substituição de um elemento por outro, enquanto o resultado em outro caso pode ser o de um elemento isolado ter sua *forma verbal* substituída por outra (Freud, 1901/1996).

De acordo com Freud (1901/1996), a direção que o deslocamento toma geralmente resulta no fato de uma expressão abstrata do pensamento onírico ser trocada por uma expressão pictórica e concreta, de forma que algo pictórico é algo *passível de ser representado*. Todavia, não é somente a representabilidade que pode obter benefícios dessa troca, mas também os interesses da condensação e da censura.

Um pensamento onírico apenas pode ser utilizável a partir do momento em que tenha sido transformado em linguagem pictórica. Isso ocorre porque os termos concretos são mais ricos em associações do que os conceituais. Freud (1901/1996) supõe, ainda, que parte considerável do trabalho executado durante a formação de um sonho, no sentido de reduzir os pensamentos oníricos dispersos à expressão mais unificada possível, ocorra em direção ao encontro de transformações verbais apropriadas para os pensamentos isolados.

Em determinadas situações, esse tipo de mudança de expressão colabora com a condensação onírica ainda mais diretamente, descobrindo uma forma de palavras que, devido à sua ambiguidade, possa conferir expressão a mais de um dos pensamentos do sonho. Com isto, tudo o que se refere ao chiste verbal é colocado à disposição do trabalho onírico, denotando o papel desempenhado pelas palavras na formação dos sonhos. Assim, a distorção destes últimos beneficia-se do

deslocamento de expressão, de maneira que, quando uma palavra ambígua é empregada em lugar de duas inequívocas, isto resulta em confusão e a compreensão fica paralisada, particularmente visto que um sonho nunca nos diz se seus elementos devem ser interpretados literalmente ou num sentido figurado. Não se sabe se o sonho deve ser tomado num sentido positivo ou negativo, se deve ser interpretado como uma recordação, se deve ser interpretado simbolicamente, ou se sua interpretação deve depender de seu enunciado (Freud, 1901/1996).

Propomos, aqui, seguir o mesmo raciocínio de Freud (1901/1996) no processo de análise e interpretação dos sonhos, para analisarmos narrativas de mães em situações grupais, à medida que percebemos a importância do papel desempenhado pela palavra tanto para as formações oníricas quanto para as experiências de grupo (no presente trabalho, mãe-filho, que é considerado um grupo especial).

Destarte, consideramos que cada sonho é constituído, quando o analisamos, por dois níveis: o conteúdo aparente e o oculto, sendo que o primeiro é aquele de que nos lembramos e o último é o conjunto das ideias que se associam entre si e se metaformoseiam no conteúdo aparente. Assim, o conteúdo a partir do qual os sonhos são criados provém de pensamentos perigosos e de sentimentos incômodos que foram reprimidos no inconsciente, por meio da censura, a qual é suprimida, momentaneamente, durante o sono, algumas vezes (Terzis, 2008).

O funcionamento do sonho, vale mencionar, liga-se ao funcionamento dos mitos, de modo que nestes, como no primeiro, as ideias inconscientes aparecem dissimuladas para escapar ao seu reconhecimento pela parte consciente da mente. Nos mitos, essa dissimulação ocorre quando uma simples ilusão inconsciente, que contém um medo ou um desejo reprimido, metamorfoseia-se em uma explicação

prolixa e complexa (Terzis, 2008).

Da mesma maneira que Mathieu (1967), acreditamos que a estrutura dos elementos / temas que constituem uma narrativa, bem como as construções das quais o inconsciente se utiliza para buscar a satisfação de seus desejos reprimidos, pode trazer a validação de um trabalho de interpretação, como o que realizamos.

Segundo o mesmo autor, a disposição dos conteúdos de um dado relato pode revelar o modo por meio do qual o inconsciente realiza a busca da expressão de certos aspectos a ele pertencentes.

Desta maneira é que procedemos também neste trabalho, com a leitura minuciosa dos registros sob um olhar tecnicamente psicanalítico e sob uma perspectiva vincular, sempre tendo em vista a formação e análise dos sonhos, conforme discorremos acima; neste sentido, consideramos as semelhanças entre a formação do relato, constituído tanto por elementos conscientes quanto por elementos inconscientes, o que implica em haver nele o conteúdo manifesto e o oculto, que deve ser alvo de interpretação pelos indícios que emergem do vínculo estabelecido entre entrevistador e entrevistado, e o trabalho de formação dos sonhos, com estas mesmas características a serem analisadas, quando é o caso.

Isto, por sua vez, implica na consideração da dimensão da intersubjetividade bem como dos conceitos de transferência e contratransferência, fundamentais para a análise dos resultados.

Este trabalho foi capaz, juntamente com o livro de natureza biográfica escrito e finalizado pela pesquisadora, durante o referente percurso materno*, de conferir sentido ao seu indescritível sofrimento, atenuando-se os nocivos vieses

científicos que poderiam permear a pesquisa, por meio da análise da autora, bem como do olhar adequado do orientador e sua conseqüente avaliação.

Portanto, quanto aos riscos de incorrência em equívocos científicos que poderiam ter surgido decorrentes da condição da pesquisadora, o orientador cumpriu sua função, lendo e analisando atentamente toda a produção junto com a mesma, o que, em se tratando de Psicologia, como bem nos fala Bleger (1985) e já tratamos aqui, não há como existir objetividade, neutralidade, de forma que toda pesquisa constrói-se pela interdependência entre pesquisador e participante da pesquisa, configurando uma situação grupal única, porém válida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo foi elaborado de modo a apontarmos cada resultado (observar grifos), que precedem trechos obtidos no trabalho de campo, os quais poderão ilustrar nossos argumentos científicos. Então, finalizaremos a discussão de cada apontamento, com algumas conclusões e hipóteses relacionadas a ele, encerrando assim cada tema e/ou etapa de “Resultados e Discussão”.

Chamamos a atenção do leitor para as ênfases encontradas nos relatos de Catarina, representadas, no texto, com letras maiúsculas, justamente nas palavras que devem representar maior angústia a ela. Solicitamos, ainda, que haja um olhar atento para as repetições exacerbadas daquela participante do que, provavelmente, mais lhe incomoda e em suas falas praticamente sem qualquer intervalo, denotando a necessidade de contato ininterrupto.

Vejamos que, em uma hora de entrevista (anexo A), Catarina traz um grande volume em termos de seus relatos. Assim, podemos afirmar ter havido verdadeira logorreia por parte da mãe, cujo motivo mais plausível, a nosso ver teria sido a identificação comigo, crendo ser eu a única pessoa que poderia realmente compreendê-la, por passarmos por situações similares, em uma forma inconsciente de não me perder, por ter sido idealizada como depositária das suas angústias.

Dra. Eliana diz a Gui que trouxe alguém para ele conhecer e eu dou um passo à frente (já que estava bem pra trás das duas) e digo a ele: Oi, Gui! e Dra. Eliana diz à mãe (D. Júlia): “lembra que eu disse que iria trazer uma psicóloga pra você conhecer, que está fazendo um trabalho?”

A mãe responde que não lembra muito bem disso. Digo oi e ela responde com um oi bastante seco, sem qualquer expressão de satisfação, ao contrário, parece estar rejeitando minha presença. Demonstra indiferença, não olhando para mim e respondendo meio baixo, como que sem vontade.

Dra. Eliana pede licença para sentar na única cadeira que há ali, para escrever o relatório. Quando está quase acabando de escrever, fala novamente sobre eu conversar com ela, perguntando se ela conversaria comigo. D. Júlia diz que nem sabe mais o que falar pra psicólogo, que já passou com várias. Digo que “hoje” somente quero fazer uma proposta a ela, conhecê-la. Pergunta-me, com uma expressão que eu poderia designar como de desconfiança: “que proposta?” Diz que o filho (mais velho, que está com câncer e está no

sofá, dentro da casa, abatido por causa da quimioterapia), não pode nem ouvir falar mais de psicóloga.

P: Então, venceu o nosso horário (rimos juntas), com elas (a equipe). Você gostaria que eu voltaasse, gostaria de me contar mais alguma coisa...

C: Ai, não sei! Sei lá, o que você quiser saber...

P: Não, assim, por você! Se você sentir vontade de me dizer mais alguma coisa...ou você já sente que me disse tudo aquilo que você gostaria mesmo...porque eu posso voltar, se você quiser. E outra coisa é que, se você quiser um encaminhamento para você ter o SEU espaço. Entende? Porque, muitas vezes, é importante, entende? Diante de tudo isso que você tem vivido...Para uma psicóloga, que te ouça, com profissionais que te atendam gratuitamente, que estejam fazendo uma especialização.

C: Não sei, não sei mesmo... Mas eu não sinto essa necessidade! Eu nunca tive dificuldade com ela, nunca me deprimi. Então eu acho que eu não preciso.

Neste sentido, obviamente, nós, como terapeutas de orientação psicanalítica, sabemos que, necessariamente, em alguma medida, a existência de resistência pode ser considerada como inevitável, conforme revelam os trechos acima.

A pesquisa em questão é uma forma de estudo que se atém ao modo como as pessoas vivenciam, interpretam e trazem sentidos às suas experiências e ao mundo que as rodeia, fundamentando-se na existência de um vínculo dinâmico e indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (Gadbem, 2004).

Constatamos, nesse sentido, em nossa pesquisa, a existência de indícios de fatores extrapsíquicos, ou seja, independentes, na medida em que isso é possível, das fantasias e necessidades inconscientes das mães participantes, os quais acabam por consistir em fatores fundamentais para a configuração de resistência explícita quanto ao trabalho psicológico.

Conforme percebemos por meio desses trechos, podemos falar em resistência em aceitar um atendimento psicológico.

Mesmo em relação a mim, como mãe, resisti fortemente a prosseguir com minha análise, quando meu filhinho foi desenganado; em meu caso, creio que por três motivos fundamentais: 1. porque sentia que fé e ciência eram incompatíveis, de forma que a doença incurável, a condição impossível na qual me encontrava, “puxava-me” para o sobrenatural; 2. porque sentia que não seria compreendida nem por minha própria analista, em minha fé, com sensação de tê-la ameaçada por meu relacionamento com ela; 3. por motivo de prioridades: eu tinha que cuidar de meus filhos, não de mim, não havia tempo!!!

Destarte, devemos levantar alguns questionamentos: Por que existe tanta resistência quanto ao aceite para receber atendimento de psicólogos hospitalares (por assim dizer)? Resistência a ponto de não se querer nem tentar a possibilidade de um ganho, por mínimo que seja? As intervenções, ao invés de trazerem continência e empatia têm trazido maior dor a essas mães? Há psicólogos nesta área, que, por qualquer motivo desconhecido, não estão cumprindo a sua função? Por ouvir outras mães, em meu percurso pessoal, posso, infelizmente, dizer que muitos psicólogos hospitalares, de fato, parecem não conseguir alcançar uma capacidade empática, que é simplesmente a base para o acolhimento de pessoas tão fragilizadas quanto mães cujos filhos estão cronicamente doentes.

Esses profissionais dos quais falo, com base em relatos de mães e de funcionários de hospitais que souberam de intervenções que frisam essa ideia (com quem tive contato em diversos locais por onde passei como mãe de Filipe), ao invés de priorizarem as necessidades catárticas e de continência e apoio dessa população, parecem querer convencer as mães a conformarem-se com a morte do filho antes que ela ocorra. Procuram convencê-las de que seus filhos estão à beira da morte, como se a própria situação não bastasse para lhes mostrar isso e lhes trazer sofrimento absurdo.

Ouvi relatos de “intervenções” em que o psicólogo sugeriu que a mãe lesse um livro cujos tema e título falam sobre morte e luto. Isso ocorreu há por volta de cinco ou seis anos. A criança vive até hoje.

Já outras mães contaram-me que o psicólogo hospitalar afirmava insistentemente: “Você não vê que sua criança vai morrer logo? Não percebe a sua situação?”

O alicerce do trabalho psicológico é alcançar empatia com o paciente, com a vida, com o coração esmiuçado diante de si, sedento de ajuda. Vemos que isso implica em amar.

Quantas e quantas vezes, apenas fiquei quieta do lado de uma mãe e isso faz diferença. Houve uma vez, por exemplo, nos anos em que eu e meu filho estávamos na UTI de um hospital, que os próprios profissionais pediram que eu convencesse uma mãe cujo filho estava morrendo, a sair da salinha minúscula que ficava pertinho de onde tentavam reanimar a criança, sem obter sucesso, denotando o final iminente de sua pequena e preciosa vida.

Convidei-a a ir para fora, com amor, muito mais com gestos do que com palavras. Foi comigo até a porta, para fora do corredor que contém a UTI. Disse-lhe que eu gostaria de estar com ela, naquele momento, se ela quisesse. Consentiu. Respeitei sua crença (eu já tinha certo vínculo com ela e sabia sobre algumas coisas a seu respeito), convidando-a a ir à capela do hospital. Fomos. Mantive-me ali, à disposição, silenciosa e empaticamente, transbordando amor e esperança, além de compartilhar seu sofrimento, seu peso, sua carga, sua dor. Oliveira (2009) demonstrou, em sua tese, que, muitas vezes, é esse o caminho que deve ser percorrido pelo psicólogo em contexto hospitalar, caso haja um questionamento quanto ao fato de eu ter estado ali como mãe, como soldado de um mesmo exército. Buscar convencer a mãe a não se desesperar, crendo poder destruir suas defesas psíquicas, “em uma só tacada”, procurando provar-lhe que esta é a realidade que deve ser encarada, sem negações ou sem tanto choro ou sem tanta raiva não nos parece ser a intervenção mais adequada.

O que aconteceu com aquela criança, cardiopata, que não conseguia retomar o fôlego de vida foi sua sobrevivência, sem seqüelas quaisquer.

Ainda que não fosse este o desfecho da história. Há momentos em que nós, psicólogos, não podemos fazer nada, além de estar à disposição, profundamente à disposição. Sobretudo para ouvir, ainda que sejam os soluços, gritos e gemidos de dor. Possibilidade de catarse emocional, de receber apoio, continência: estas são prioridades.

*Letícia participante: Aprendi algo com muita dificuldade. Andei dizendo, sim: vai dar tudo certo. A criança não tinha motivo nenhum para nos deixar! A mãe desesperada! Vai dar tudo certo! Não deu. Ela partiu. Partiu meu coração também. Quantas vezes chorei a morte de um filho, sem que ele fosse meu Filipe? Perguntava a Deus: como essa mãe vai aguentar? Aliás este também é um grande mistério para mim. Quando acontece: “AAAAAAHHHH! COMO PÔDE TER ME ACONTECIDO ISSO, DEUS? COMIGO NÃO PODIA! NÃO TE DISSE, DEUS, QUE EU NÃO AGUENTARIA?”
Todavia, há consolo para nós: no natural e no sobrenatural. No que alcançamos e no que nos alcança mas a Quem não somos capazes de alcançar.*

Isto não significa afirmar que “vai dar tudo certo”, como afirmo já ter feito; que no final da história, o mocinho sempre vence o vilão... não se trata de uma novela. Não é possível prever nada, muito menos a morte ou a cura.

Tantos casos estatisticamente impossíveis do que consideramos bons resultados e tantos outros em que a morte parecia ser apenas uma lenda...Quantas e quantas vezes, o desfecho é absolutamente contrário. Não nos pertence. A vida e a morte. Mistérios, conforme afirma também Hennezel (1996).

Eu mesma já ouvi de colegas: Por que você fica tanto tempo com ele, na UTI, se ele nem te reconhece?

Respondo como pesquisadora: Talvez falte um pouco de leitura quanto às pesquisas já realizadas com pacientes que estão até mesmo em estado de coma, que não era o caso de meu filho. Parece-nos faltar amor, em casos de alguns psicólogos, amor pela profissão, com o qual vem a sensibilidade, capacidade de empatia e, por vezes, redução da possibilidade mesmo de que haja respeito e ética. Ainda que fosse verdadeira a premissa de que um filho não sentia nada, de que não fazia qualquer diferença a presença materna para ele, não nos parece ser desta maneira que devemos trabalhar com as resistências. Lembremo-nos: somos psicólogos também quando não estamos no setting analítico, na clínica. Primeiro,

somos “gente” e, como tal, tendo os conhecimentos que temos obrigação de ter minimamente, devemos respeitar o outro.

Tantos médicos perdem a capacidade do sofrer empático, conforme sou testemunha bem como o é também Bastos (2006). Todavia, a pediatra da instituição por meio da qual pude realizar a pesquisa de campo, por exemplo, parece-me incomparavelmente mais sensível do que diversos colegas com quem tenho me encontrado.

Nós psicólogos temos que refletir e resgatar o primeiro amor que nos conduziu a fazer o curso que fizemos, o juramento que fizemos. Se constatarmos que não houve primeiro amor, devemos sondar nossos corações a fim de perceber se esta é A profissão para nós.

“Conhece-te a ti próprio”

Terzis (2005), depois de um trabalho sobre Psicanálise, Cultura e Grupalidade, faz uma articulação desta frase da seguinte forma: antes de nos prepararmos para o futuro, precisamos compreender as interferências do passado, as quais fizeram de nós aquilo que somos. Conta-nos o autor que, na Grécia Antiga, no século V a.C., Sócrates era considerado o homem mais sensato do mundo pelo oráculo de Apolo, cujo templo contém a frase acima, logo em sua entrada. Esse filósofo, então, teria, provavelmente, interpretado a expressão acima como “A vida não examinada não merece ser vivida”. Sob o ponto de vista de Freud e, portanto, em sua época, “Conhece-te a ti próprio” significava a busca introspectiva do EU real, de nossas próprias motivações emocionais.

Entendemos que o psicólogo, mais do que qualquer outro profissional, deve levar em consideração estas premissas. Se Sócrates nos fala que a vida não examinada não merece ser vivida, talvez possamos nos atrever a ir um pouquinho

além desta ideia, ao mesmo tempo procurando focá-la no que diz respeito ao nosso papel: se, minimamente, não conhecermos aquilo que serve de “pedra de tropeço” para nossa própria qualidade de vida psíquica, impedindo nosso constante aprimoramento neste sentido, de que forma conseguiremos investir em nossos pacientes com a obtenção de resultados satisfatórios em sua qualidade de vida psíquica?

Impressiona a importância do vínculo com a pediatra sensível e empática, Dra. Eliana, com quem os pacientes e suas mães têm um vínculo notadamente de confiança. Creio ter sido somente por meio dele, que as participantes e outras mães permitiram minhas visitas, até por causa da tal resistência em relação a aceitar um psicólogo.

É claro que não desejo, aqui, simplesmente e de forma medíocre, culparmos completamente pelas resistências observadas. Porém, se o paciente, o participante de uma pesquisa como a nossa, tiver a confiança suficiente de que pode haver ganhos por intermédio de um psicólogo, ganhos estes que superem o medo de maximizar suas dores emocionais e de trazer maior desestruturação psíquica, tudo muda de figura. Demonstro, como psicóloga, que conquistei, juntamente com o humano sofrido à minha frente, um vínculo satisfatório com ele, por intermédio de um investimento psíquico de minha parte, capaz de cumprir meu papel básico, no contexto estudado aqui: empatia, continência, apoio/*holding*.

D. Júlia volta a falar com Dra. Eliana, reclamando novamente pela sua falta (que não foi dela, pq ela que não estava quando da sua visita).

Digo: Sou uma psicóloga e estou fazendo um trabalho científico, uma entrevista, querendo compreender os sentimentos, pensamentos, desejos, tudo o que quiser me dizer, expressar para mim, livremente em relação a Gui. Esta será pra mim uma experiência muito profunda humanamente, porque tenho um filhinho que também precisa deste tipo de atendimento domiciliar.” Quando digo isso, ela responde: “Ah, então você me entende!” Digo que sou motivada para fazer a pesquisa pela grande vontade de ajudar mães que passam por isso também, por amor, mesmo. Ela muda completamente a sua feição, afirmando que fará sim a entrevista e que terá muito a dizer para mim. Afirmo que teremos o limite máximo de 1 h. e

15 m. e que, se não der pra ela dizer tudo o que quiser, poderei voltar até que se esgote tudo que ela quiser dizer. Fala que 1 h e 15 m será muito pouco mesmo.

Catarina: Assim... o que eu SEEI... Eu sei bastante coisa...mesmo porque eu sempre tive muito contato com muita gente assim! Como você também deve saber...

Podemos definir empatia como sendo a capacidade de o analista “sentir em si”, isto é, poder sentir “dentro do outro” por intermédio de identificações projetivas e introjetivas (Freud, 1921/1996).

Parece-nos que é somente por meio desta capacidade de nos colocarmos no lugar do outro em termos emocionais que podemos oferecer apoio e continência.

É evidente que o fato de eu passar por situações bastante similares àquelas vivenciadas pelas mães colaborou com a realização do trabalho, denotando, por conseguinte, o favorecimento das identificações das participantes em relação a mim, bem como do nítido enfraquecimento das resistências, decorrente disso. Concomitantemente, o fenômeno da ressonância aparece quando digo que passo pelo mesmo, com um conseqüente “abrir-se”, pelas participantes, ao sabê-lo.

Bion criou o modelo “continente-conteúdo” para todos os fenômenos de natureza psíquica, de forma que a transação entre os conteúdos que são projetados e o continente que os acolhe é processada através de identificações projetivas, das quais nos interessa falar aqui. Assim, ainda que Bion não se utilize da denominação “empatia”, é claro, segundo Zimerman (2001), que ele atribui grande valor à função estruturante possibilitada pelo uso adequado das identificações projetivas que permitam que o sujeito possa colocar-se no lugar de um outro e sentir o que ele sente.

Já no que se refere ao fenômeno da ressonância, ele pode ser definido a partir do fato de que a sua forma acústica teve seu conceito generalizado mediante a constatação de que se pode observá-la em todos os lugares, o que implica na existência de vibrações em todos eles, havendo, no grupo, um contato emotivo

genérico que corresponde a esse conceito da física, apesar de a verdadeira ressonância ocorrer a partir de um determinado tema, fantasia ou sentimento, conforme defende Anzieu (1979).

Creemos, portanto, ao analisarmos nossos resultados, que as identificações e a consequente empatia alcançada no trabalho de campo foram marcante e rapidamente propiciadas sobretudo pela “autorrevelação” da psicóloga quanto a passar por condição pessoal similar à vivida pelas mães. Podemos, daí, a partir do sucesso obtido por tal autorrevelação para o atingir de nossos objetivos, sugerir o uso da mesma, ainda que nos orientemos pela Psicanálise, cujas regras fundamentais incluem a da abstinência, a qual excluiria qualquer forma de intervenção desse tipo. Todavia, pensamos que, para quem serviria uma pesquisa, senão para contribuir com novas perspectivas? Consideremos que nosso contexto aqui seja hospitalar e não exatamente clínico e, ainda, que esta “autorrevelação” deve ser feita com a devida reflexão, cuidado e sensibilidade, sem inseguranças de sua parte quanto a dizer ou não determinado conteúdo de suas próprias vivências e quanto até aonde deve ir em suas “confissões” à pessoa que está atendendo.

Percebemos, dessa maneira, que D. Júlia, ao ouvir a respeito de eu passar por algo parecido com o que tem vivido, imediatamente deixa de ver em mim uma ameaça (mais uma psicóloga que pode dizer coisas difíceis de se ouvir; mais uma psicóloga que não a entenderá), passando a ver-me como quem não somente poderá compreendê-la, mas como alguém que SABE o que ela está passando, havendo muitíssimo menores chances de eu feri-la.

Quanto a Catarina, ela fala comigo sem ter necessidade de me explicar determinadas terminologias usadas em UTIs, além de, assim como D. Júlia, identificar-se comigo a ponto de falar ininterruptamente sobre suas vivências,

fazendo-me depositária de suas angústias, confiando em minha compreensão a respeito delas.

Além do mais, parece existir um legítimo contato com as próprias dores, bem como a ausência do mecanismo de negação (da forma como costuma existir em muitas mães, que ignoram os limites da criança, conforme escrevi na introdução) por parte das três.

Com isso, podemos afirmar que, em nosso caso, o fenômeno da ressonância se fez presente de maneira muito produtiva no sentido de amenizar angústias persecutórias e, portanto, a resistência. A expressão de minhas motivações pessoais para a realização deste estudo parece ter ecoado, vibrado no psiquismo das participantes, deixando-as propícias para verem em mim um continente seguro de suas demandas emocionais.

Devemos visualizar a entrevista de Catarina (em anexo) de maneira integral, a fim de percebermos o que foi logo acima mencionado. Sob o ponto de vista tópico, eu, a psicóloga que realizou a entrevista e também alguém que teria todo o potencial para compreender a mãe em suas vivências com a filha, representei aquela que poderia atender a toda a sua necessidade catártica, com exclusividade, naquele momento.

Catarina apresenta-se em uma condição minimamente próxima de uma regressão narcísica, dirigindo-nos a resgatar o conceito de primeiro organizador psíquico de que nos fala Kaës (1977). Neste sentido, estamos de acordo com o Autor, quando se refere ao primeiro organizador psíquico, que pressupõe a busca da força, por meio do grupo, poderíamos dizer, no caso de meu vínculo com a mãe, que pode passar a representar o útero materno, onde há uma unidade com o corpo da mãe, que não permite qualquer sensação de ameaça de inexistência, já que, nele,

obtém-se todo o necessário, sem interrupções. Cremos, então, termos tido a oportunidade de vivenciar tal experiência, em nossa pesquisa, de maneira a ter havido, presumivelmente, uma regressão a essa fase, o que conota a manifestação de uma transferência a mim (ou à dupla formada por nós, “mães de UTI”) como imago materna (por meio de falas prolixas, quase ininterruptas).

Aparentemente, conquistamos os primeiros requisitos para que eu pudesse, a partir dessas identificações, da ressonância e de meus sentimentos de empatia em relação às mães e vice-versa, proporcionar um ambiente suficientemente bom / holding a elas, já rendidas a uma certa disposição para participar do trabalho proposto.

Retomemos o conceito de *holding* descrito por Winnicott (1963/1983), como um período em que a mãe: o protege da agressão fisiológica; é capaz de considerar a sensibilidade cutânea do lactente e seu desconhecimento quanto à existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo; realiza o cuidado adequado, de seu bebê, dia e noite, seguindo, também, as mudanças instantâneas que permeiam o crescimento e desenvolvimento do mesmo, tanto física como psicologicamente. Falamos deste conceito de maneira a o estendermos à nossa prática. Remetemo-nos, então, ao apoio, à continência, à sensibilidade e capacidade empática do psicólogo em relação ao “humano sofrido” à sua frente. Quem sabe seja útil fazermos uma comparação, sob a forma de uma parábola:

“Certa feita, uma mulher inocente do erro que lhe atribuíram precisou fugir pelo deserto afora, para que não a matassem. No caminho, ela mesma, sem qualquer noção de direção fosse externa, fosse interna, começou a delirar, chegando a duvidar de sua própria inocência. Queria voltar, mas já não sabia onde estava. Por vezes, lembrava-se que sua vida estaria ameaçada caso voltasse e que

isso não seria justo, já que era inocente. Nesses momentos, desejava avançar, mas não tinha qualquer bússola que a ajudasse a saber sequer onde estava. Encontrava-se paralisada e morreria de sede e de frio, a qualquer momento, pois era noite e as noites no deserto são muito geladas (...).”

Daremos dois finais distintos a esta breve história, a seguir:

“(...) Um helicóptero sobrevoava o local onde a pobre e sedenta mulher se encontrava, já praticamente desmaiada. Do helicóptero desceu alguém que viera especialmente para resgatá-la, oferecendo-lhe água e colocando-a para dentro da aeronave. Esse alguém ofereceu-lhe cobertor e comida, sem questionar se ela era inocente ou culpada.”

“(...) Um helicóptero sobrevoava o local onde estava a mulher condenada à morte. Dele, desceram três homens armados, muito fortes e pertencentes ao exército daquele país, a fim de levá-la para que fosse feito o que era justo, perante a lei. Não foi possível sequer que a mulher chegasse com vida até o helicóptero.”

Não fora dada à moça qualquer oportunidade de ela expor seus argumentos de defesa, o que poderia trazer sua absolvição, na medida em que um álibi poderia inocentá-la, talvez.

Indícios considerados por nós como incontestáveis não nos estariam, como psicólogos, também fazendo com que condenemos nossos pacientes /analisandos/ “humanos sofridos”, à morte? Morte da esperança; morte da qualidade de vida psíquica; morte do aprendizado; morte dos sonhos? Não estaríamos condenando-os à depressão, à estagnação psicológica e vital?

Aprendemos, na faculdade de Psicologia, a dizermos ao paciente: “não estou aqui para fazer julgamentos a seu respeito; este espaço é para você...” Mas, na

prática, como será que estamos agindo? Mais uma reflexão: Nossas palavras e gestos podem condenar sim nosso semelhante, como se estivéssemos acima dele, em uma posição quase onipotente, como se não fôssemos humanos como ele, sujeitos a tudo o que ele também está: fragilidades, erros, medos, rancores, ódio, psicopatologias, doenças, morte. Pensemos: nossa atuação está mais parecida com o primeiro ou com o segundo final da parábola, a qual eu denominaria de “Parábola do *holding*”?

Nós três, as mães, as participantes da pesquisa, demonstramos buscar oferecer cuidados máximos a nossos filhos e, em meu caso, também a necessidade de ficar o tempo todo com ele, o que, naturalmente, era impossível, a partir de certo tempo de internação.

Letícia Mãe/participante: Quando tive o privilégio de trazer meu pequeno para casa, após três anos ininterruptos dentro daquela UTI gelada (obs: todas precisam ser assim), onde não havia praticamente nenhuma diferença entre dia e noite, tendo que haver separação entre nós dois todo final de tarde ou noite, foi incrível. Eu nem podia acreditar que estávamos juntos, os quatro, meus dois filhos, meu esposo e eu, novamente. Após alguns meses, além de eu pegá-lo bastante no colo, como sempre fiz, mesmo nos hospitais (quando isso não lhe representava risco), iniciei algo que pode ser explicado como muito próximo da técnica “Mãe-canguru” realizada com prematuros, com concomitante oferta do seio a meu filho. Minha experiência com meu “bebê” de 17 a 20 kg relativa a nosso “Mãe Canguru”, com oferta do seio e muito, muito amor, foi magnífica. Houve melhoras significativas em relação a seu desenvolvimento neurocomportamental. Melhoras simplesmente improváveis, tais como: ele segurar uma bolinha ofertada pelo irmão, que, em seguida, mostrava-lhe como jogá-la, havendo aprendizado e controle posterior, com ele passando a segurá-la e jogá-la; ao ouvir minha voz, chamar-me de “mama”; o fato de ele não morder meu seio, ainda que sempre mordesse a mão das técnicas de enfermagem, quando faziam sua higiene bucal; o fato de ter ficado muito bem clinicamente, em um quadro estável, sem nenhuma necessidade de internação durante um ano e oito dias, quando veio a falecer, sem qualquer motivo aparente, mais ainda em comparação ao tempo passado na UTI.

O Método Mãe Canguru (MMC) é conhecido também como *Cuidado Mãe Canguru* ou *Contato Pele a Pele* e tem sido proposto como uma alternativa ao tratamento tradicional para bebês de baixo peso ao nascer (BPN). Ele foi posto em prática pela primeira vez por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, no ano de

1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia, sendo denominado *Mãe Canguru* por causa do modo como as mães carregavam seus bebês, após o nascimento tal como o fazem os marsupiais. O objetivo era o de dar alta precoce aos recém-nascidos de baixo peso, devido a condições adversas, como: falta de incubadoras, infecções cruzadas, falta de recursos tecnológicos e altos índices de mortalidade neonatal (Venancio & Almeida, 2004).

A partir de então, inúmeras pesquisas foram realizadas a esse respeito, e, com base nelas, pode-se dizer que o método em questão demonstra potencial para corroborar a melhora da saúde e da sobrevivência dos bebês recém-nascidos de baixo peso, sobretudo em locais com menos recursos tecnológicos. Por outro lado, podem ser constatados benefícios para as mães, além do favorecimento dos bebês, com bem maior humanização na assistência e no vínculo mãe-bebê, em qualquer contexto tecnológico (Cattaneo et al, 1998).

A presença dos pais possibilita mais facilmente o contato pele a pele, que, por sua vez, permite a estimulação tátil proprioceptiva e protege contra a sobrecarga de estímulos aversivos, compreendendo um método aceitável para estimular adequadamente o desenvolvimento neurocomportamental do bebê (Ludington-Hoe & Swinth, 1996).

Os dois últimos estudos aqui expostos, por serem bastante antigos, em termos científicos, mostram-nos que não é de hoje que se fala, comprovadamente, a respeito da necessidade do contato mãe-bebê (ou pais-bebê), contato este que deve ser o mais próximo possível, principalmente dentro das UTIs neo-natais e pediátricas.

Um importante pilar do Cuidado Mãe Canguru é o estímulo à amamentação, sendo que a separação do bebê de sua família, sobretudo de sua mãe, imposta

pelas condições clínicas do bebê doente e/ou por regras de algumas UTIs, pode levar a uma interferência negativa na formação dos laços afetivos, com potencial influência no posterior desenvolvimento psicoemocional desse bebê (Venancio & Almeida, 2004).

A pele sem pelos conduz à busca de continentes físicos e psíquicos e de esquemas de envelope, sendo que o espírito envelopa o psiquismo como a mãe envelopa o bebê com seus cuidados. O espírito faz uma ideia dos estados e dos movimentos que interferem no corpo, de modo que tal ideia é denominada também “pensamento” (Anzieu, 2002).

Assim, o espírito, que é equivalente a aparelho mental, de acordo com Anzieu (2002), estende-se sobre o “eu-pele” para criar um aparelho de pensar tais ideias (ou pensamentos), sendo que o espírito constitui-se em um envelope imaterial que “abraça”, de maneira mais ou menos completa, o self psíquico, ou seja, tudo o que, no espaço-tempo psíquico é vivido como fazendo parte do self. Geralmente, é pré-consciente, situando-se no espaço psíquico na interseção do eu-pele, do superego e do ideal do eu. Disso, então, decorre a dificuldade em diferenciar os pensamentos que vêm do interior, os que provêm do exterior e os que, vindos de fora, foram interiorizados.

Seguindo ainda as proposições de Anzieu (2002) todo pensamento é pensamento do corpo; seja do próprio, seja dos outros corpos e o pensar busca a reunião desses pensamentos em um corpo de pensamentos. Um intenso prazer de espírito, portanto, tem a potencialidade de contrabalançar uma dor física ou um sofrimento psíquico.

A vida em si reserva-nos surpresas provenientes de nossa própria condição mortal: o filho de Julia que não tinha nada, morre de um câncer agressivo e rápido;

Mari, que não tinha nada demais, com a válvula dando certo, o que não é fácil de acontecer, faz uma cirurgia “simples”, pega infecção hospitalar e complica terrivelmente seu quadro; meu filho, quando já estava cada vez melhor e no único período em que não havia motivo nenhum pra morrer, morre. Não temos controle nem previsão da morte e não lidamos nada bem com este fato, de forma que o luto é algo indescritivelmente doloroso e complexo, a nosso ver, quanto às várias dimensões de sentimentos que ele pode englobar.

Vejamos agora alguns trechos que demonstram a veracidade dessas afirmações, bem como o fato de o luto poder existir sob diversos aspectos e não apenas nos que se referem à morte de alguém muito próximo e amado.

(...) D. Júlia: afirmando que deseja, agora, falar mesmo sobre o filho que está com câncer. Não tenho mais oportunidade de visitá-la. Semanas mais tarde, meu filhinho faleceu e algumas mais, o de D. Júlia de 29 anos, que estava com câncer, também.

Catarina: Assim... Quando eu estava grávida, eu falava que era uma menina, que eu tinha certeza de que era uma menina e tudo mundo falava que não, que eu estava errada. Daí, quando eu fiquei sabendo, foi uma alegria, né? Feliz, né? Aí logo depois eu já fiquei sabendo que ela ia ter a hidrocefalia e é uma coisa que, hoje, eu aprendi muito com isso, porque, que nem eu estava falando, eu via criança assim deficiente e eu falava: “Eu nunca vou ter um filho assim, eu nunca vou ter um filho assim”(...)

Eu nunca ia imaginar que ela ia piorar tanto como ela, né? Piorou. Fazer traqueostomia, ficar usando oxigênio direto... Eu nem imaginava! Ela não tinha nada assim e de repente do nada, ela começou a piorar e teve que fazer tudo o que teve que fazer com ela. Isso, assim, pra mim, quando o médico falou da traqueostomia nela, eu morria de medo. Da traqueostomia, porque... ela já não falava. Ela tava só tipo bebezinho: angu, angui(...) Aí eu falei assim: “Eu nunca mais vou ouvir ela”. Porque eu só ouvia ela quando ela chorava, eu não ouvia ela, eu só ouvia ela quando ela chorava, que, quando ela não quer alguma coisa, ela chora... a risada dela, que às vezes, ela dava uma risada assim e aí ela dava uma freitada, quando a gente brincava com ela, e os “angu, angui”, que ela falava igual bebê. Aí eu ficava, fiquei morrendo de medo de nunca mais ouvir ela... que que ia acontecer...

Então eu já conhecia e eu, como gosto muuuuito, assim, dessa parte da saúde, sempre quis fazer medicina, como eu fiquei grávida muito cedo, não deu. Aí, meu sonho, morro de vontade de fazer uma enfermagem, né? Que é mais próximo ali, então, eu conheço bastante as coisas. (...)

Aí ela fez (traqueostomia) e (leve risada) foi pior, porque ela pegou infecção hospitalar (leve risada). Então (Leve risada), vai UTI, vai aquele monte de aparelho, aquele monte de problema...

Então é eu, pronto e acabou. Então é só eu! (...) O tempo que eu tiver com ela, eu vou fazer o que? Eu vou cuidar dela... Porque eu não vi ela andar, eu não vi ela comer sozinha, eu não ouvi ela falar, não, né, não estou vendo ela ir pra escolinha agora, ela está com sete anos...então eu não vou ver nada disso, então eu queria ter outro filho pra passar tudo o que eu não passei com ela. (...) Eu falei: enquaaanto eu tiver Ela! Então, assim, eu posso ter ela, mas se eu tiver uma pessoa do meu lado que eu ver que eu vou conseguir a pessoa me ajudar a cuidar dela e cuidar do outro bebê junto, aí também é um caso a se pensar.

(...) quando a gente esperava que fosse (voz estremece) acontecer alguma coisa, que a gente via que ele estava ruim, igual ela, quando eu vejo que ela está ruim, que eu não estou me preparando, assim, a gente não se prepara né, mas pelo menos você já está vendo a situação, você já está pelo menos consciente (a seguir voz estremece) do que pode acontecer, não acontece! Vai te pegar de surpresa! Então, TOoda vez que ela vai pro hospital, que ela fica mal, fica... eu já fico mais assim... já fico...não entro em desespero, não fico mal, porque eu SEI que é o que já me falaram: ela não vai viver pra sempre. (breve silencio e voz treme a seguir). Ela não é com uma saúde normal que nem de outra criança. A saúde dela é bem debilitada! (...) Ela nunca teve nada! O que me estranhou foi essa última queda dela, em 2008, porque ela tava super bem!!! Não tinha nada!!! De repente, ela despenca assim!!! (ar e tom interpretados por mim, a psicóloga, como sendo de indignação e falta de entendimento quanto ao porque de a filha ter piorado tanto). Fica ruim! Começa a ter parada em casa, comigo e eu ter que sair correndo com ela e VAMO TER QUE FAZER UMA TRAQUEOSTOMIA NELA! : Nossa, eu tinha muito medo! Tinha muito medo de...acontecer qualquer coisa com ela .(...) Eu tinha medo de ela colocar a traqueostomia, de ela não aguentar a cirurgia. (...) Eu tive que me CONformar em nunca mais poder ouvir o som dela. Eu tive que me conformar com ouvir o médico dizer que ela ia colocar e nunca mais ia tirar a traqueostomia. Né? Porque tem pessoas que tiram...tudo...mas ela não, ela nunca mais vai tirar! É isso que você tem que pensar também. Mas é preferível do que ela ficar pior.

Então eu fico pensando assim: “E quando eu não tiver mais ela? Que que eu vou fazer? Que nem eu te falei, eu acho que eu vou ficar LOUCA, né? Que que eu vou fazer? Vai ser uma PERDA MUUITO grande! E eu tenho MUUITO medo disso! Porque ela estando no hospital, eu ainda tenho ela, eu estou indo lá todo dia, estou vendo ela. Agora, tudo...e quando eu não tiver mais ela? Eu nunca mais vou ver ela, nunca mais vou ver as coisas dela, e eu vou fazer o quê? O medo que eu mais tenho é esse, de perder ela, de não ter mais ela, de perder ela, de nunca mais ter ela. Tenho MUUUUITO medo!! As pessoas vivem falando que ela não vai viver pra sempre, que “não sei o quê”, que “você tem que se conformar”. Eu falo: “Gente, é claro que eu vou me conformar! (...) Eu tinha medo de perder meu avô, não vou ter medo de perder ela?”

Eu morro de medo sim! A saúde dela é muito fraca; qualquer coisinha ela está ruim, qualquer coisinha, ela está doente, qualquer coisinha, ela está em hospital! Antes eu não tinha tanto medo, mas depois da traqueostomia dela, depois desse muito tempo de hospital, depois de tudo o que aconteceu com ela, depois de eu ter visto ela no quarto parando, depois de TUDO isso que aconteceu, que eu tive mais medo. Antes eu não tinha. Depois daquele negócio dos cinco anos de idade que aquela mulher ficava falando pra mim, depois que passou aquilo lá, eu não tinha mais medo, mas depois da traqueostomia, aí meu medo voltou e voltou bem alerta mesmo!! Qualquer coisinha, agora, eu já fico já alerta morrendo de medo de acontecer alguma coisa. Eles falam: “Não vai acontecer nada!” Aí eu falo: “Mas eu estou com Medo!! Que nem anestesia geral: quantas pessoas não morreram por causa de anestesia geral? Qualquer coisinha...É só na boca? Mas não pode o médico fazer alguma coisa errada? Não sei, eu tenho medo. Eu tenho que pensar na parte que pode acontecer de errado, não posso só ficar pensando que vai dar tudo certo. Claro que eu não quero que aconteça, mas... eu tenho que pensar nas duas possibilidades. Antes eu não tinha medo não, mas, depois...

Agora, do hospital público, eu não gostei porque ela está marcada até hoje! As marcas de furos nela estão até hoje, os roxinhos na pele dela estão até hoje! A jugular dela está com os sete pontinhos até hoje. Uma coisa que eu não gostei: raspam a cabeça dela e (fala bem rápido) bem do lado da válvula. (...) Porque eu tenho CERteza, eu tenho CERteza que, se fosse no outro hospital, eles não iam raspar a cabeça dela. Porque as meninas, lá, nunca encostaram a mão na cabeça dela pra pegar UMA veia ali; não iam ter furado ela do jeito que furaram ela. É, porque, quando não conseguiram pegar uma veia nela, eles fizeram uma flebotomia nela. Eu SEEI que acaba...eu sei que são poucas, mas quando ela está nesta situação, que ela está RUIM, RUIM mesmo, é a única opção. Não iam judiar tanto dela assim. Eu sei que eles NÃO IAM fazer isso com ela! Só que eu não posso fazer nada! Ela perdeu (o convênio)! O pai dela não quer saber de...

Eu tinha dez anos. Meu pai e minha mãe trabalhavam, a minha irmã, eu sou seis anos mais velha que ela, então, eu tinha ELA pra cuidar, eu tinha ELA pra levar pra escola, eu tinha meu avô e minha avó, eu tinha a casa da frente e a casa de trás pra limpar, desde os meus dez anos. Então, era EU pra fazer isso. Desde os meus dez anos. Sempre, a vida inteira. Eu tinha dez anos, eu comecei a dormir aqui (na sala). Eu não sabia o que era meu quarto, minha cama, minha casa. Eu dormia aqui. O quarto era da minha avó, porque minha avó chamava a noite inteira pra levantar ela. Então era assim: meu avô e minha avó na cama e eu colocava o colchão no chão. Sempre foi assim. Seempre! Minha mãe saía, podia ser pro que for, podia ser pra um aniversário, podia ser pra uma festa, pro que for, eu não ia. Eu ficava aqui, porque os dois não podia deixar sozinho. Mesmo antes do avô ter o derrame, porque, senão, os dois se pegavam aqui, então não podia. Desde sempre! Sempre foi ou eu ou eu, a vida intEEIra!!

Segundo Freud (1917/1996) o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido e de alguma abstração que teria ocupado o lugar de um ente querido, como por exemplo, o país, a liberdade ou o ideal de alguém. Em algumas pessoas, as mesmas influências conduzem à melancolia ao invés de levar ao luto, podendo-se suspeitar de que essas pessoas possuem uma disposição patológica. Contudo, ainda que o luto envolva graves distanciamentos daquilo que se considera a atitude normal para com a vida, não devemos considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após decorrido determinado tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele.

Freud (1917/1996) questiona em que consistiria o trabalho que o luto realiza, respondendo: O teste da realidade revela que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto,

o que provoca uma oposição compreensível. Tal oposição pode ser tão intensa, que acaba por dar lugar a um desvio da realidade e a um apego ao objeto por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo. Normalmente, predomina o respeito pela realidade, ainda que suas ordens não possam ser obedecidas de imediato. São executadas com grande dispêndio de tempo e de energia catexial, prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido. Quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido.

No luto, o mundo torna-se pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego que se apresenta como sendo desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível; ele se repreende e se envilece. Esse quadro de um delírio de inferioridade é completado pela insônia e pela recusa a se alimentar, e - o que é psicologicamente notável - por uma superação do instinto que compele todo ser vivo a se apegar à vida. Desse modo, a melancolia é, por um lado, como o luto, uma reação à perda real de um objeto amado; mas, acima de tudo isso, é assinalada por uma determinante que se acha ausente no luto normal ou que, se estiver presente, transforma este em luto patológico. A perda de um objeto amado é uma ótima oportunidade para que a ambivalência nas relações amorosas se faça efetiva e manifesta. Se o amor pelo objeto que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja, refugiar-se na identificação narcisista, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento. A autotortura na melancolia significa, do mesmo modo que o fenômeno correspondente na neurose obsessiva, uma satisfação das tendências do sadismo e do ódio relacionadas a um objeto, que retornaram ao próprio eu do indivíduo. Na melancolia, a insônia atesta a rigidez da condição, a impossibilidade de se efetuar o retraimento geral das catexias

necessário ao sono. O complexo de melancolia se comporta como uma ferida aberta, atraindo a si as energias catexiais provenientes de todas as direções, e esvaziando o ego até este ficar totalmente empobrecido (Freud,1917/1996).

Podemos falar em diversas mortes para nossos filhos? Diversos lutos? Eu (como mãe/participante) não vivenciei assim, porque tinha esperança extrema de que tudo fosse revertido, esperando, a cada dia, por uma melhora e não pela morte. Mas quando não há esse tipo de esperança, será que não é assim mesmo? O luto da criança idealizada; depois o da voz, devido à realização da traqueostomia; em seguida, o de ver o filho alimentando-se como qualquer outra criança, a partir da realização da gastrostomia; o de vivenciar o fato de não ver o filho andando, tendo que continuar usando fraldas aos cinco anos... Cada minuto “perdido” de vida como a maioria pode viver, em suas diferentes etapas do desenvolvimento.

C: Aí eu falava assim: “Como vai ser a traqueostomia dela? Eu nunca mais vou ouvir? Será que vai ser bom?” Ao mesmo tempo, eu achava que não ia ser. Então, só que daí eu comecei a ver que ela estava piorando e daí eu falei: “Não! Vamos fazer!” Porque ela começou a ter parada respiratória comigo em casa, então eu tinha que sair correndo com ela pro hospital. Então daí eu ficava: “Vai ser bom ou não vai?” Então, eu falei: “Não! Vamos fazer e pronto!”

C: Assim... Porque... Geralmente, assim, porque meu pai e minha mãe, eu tenho minha mãe e meu pai pra dar apoio, tudo, mas...Assim, tem hora que eu sinto falta de ter alguém assim junto, pra dar um apoio que não é assim, que nem meu pai, minha mãe, igual minha mãe, meu pai dá, mesma coisa. Mas também tem hora que eu pego, que eu paro pra pensar e falo assim: Não! É ela, né, só eu e ela, eu tenho que cuidar, então...

C: Que nem, o pai dela nunca ligou pra ela. Assim, ele vem ele vê ela mas... não se importa...então, eu acho que assim, ela precisaria de alguém pra dar força pra mim, pra estar junto com ela. Pra estar ali junto. Aí tem hora que eu falo que não, que se é só eu mesmo, é só eu e pronto. Eu que tenho que estar ali forte, porque, se eu desistir, quem é que vai estar ali pra cuidar dela? Porque a minha mãe não vai cuidar dela! Ela até ajuda, assim, mas é muito difícil (...) meu pai eu sei que não vai (riso), porque ele morre de medo dessas coisas, medo de cuidar. Então é eu, pronto e acabou. Então é só eu!

C: O tempo que eu tiver com ela, eu vou fazer o que? Eu vou cuidar dela...Eu nunca vou deixar de fazer nada... então eu sempre...Aí eu via assim as outras pessoas e eu falava assim: e agora?!Aí eu olhava... e falava: Ai! Será que vai ser aSSIIM? Aí eu via que não tinha nada daquilo, que não tinha problema nenhum pra cuidar dela...! Falei: pra que que eu vou deixar ela de lado? Falei: Não, eu não tenho que fazer isso, eu tenho que fazer tudo pra ela! Cuidar dela... então eu sempre tive vontade de ter outro filho. Aí, quando eu levava ela nos lugares, pra fazer fisioterapia, tudo, né, quando não tinha isso em casa, aí eu via aquelas mães com a criANÇA deficiENTE, e com aquele monte de filho, e aquela

difficuldade, aquela coisa... aí eu pensava assim, escutava as mãezinha dizendo assim: "Aí! Porque, depois que eu tive o outro filho, o meu filho deficiente, o meu filho bom ajuda a cuidar da criança!" aí, eu acho (leve riso) que, daí, você está jogando uma responsabilidade SUA pr'uma Criança!

Então, daí, uma hora que... Não sei... que... É...Que eu ver que é hora de ter outro...filho! aí... euuuu, tenho! A hora que eu ver que ela tiver bem, que eu conseguir cuidar de DUAS crianças, nossa! Daí sim! Mas, enquanto eu não conseguir dar atenção pra DUAS crianças...NÃO DÁ!! Aí as pessoas falam assim, né?: "Ah! Mas daí, a outra criança estimula o outro, o outro até melhorou..." Mas aí eu falo assim: (tom de desânimo) Ah...Mas...Não! Eu não vou ter outro filho, porque eu sei que não vai dar certo, é MUITO complicado! MUITO difícil! E eu fico pensando assim, eu, grávida, e tendo que ir pro hospital com ela! Ou com um bebezinho novo em casa e ela no hospital (riso). Que que eu vou fazer?!

C: Aí, quando tiver tudo certinho, eu penso...

P: Como se tivesse que trancar dentro do baú esse desejo?

C: É! Ele está ali! Também, tem muito tempo, eu sou muito nova, tenho vinte e dois anos, vou fazer vinte e três depois de amanhã! Então eu sou muito nova... Até os quarenta...Vou ter muito tempo ainda pra ter outro filho! Eu falei: enquaanto eu tiver Ela! Então, assim, eu posso ter ela, mas se eu tiver uma pessoa do meu lado que eu ver que eu vou conseguir a pessoa me ajudar a cuidar dela e cuidar do outro bebê junto, aí também é um caso a se pensar.

C: E também depois que eu tiver feito o curso, tuudo...Porque, estudando, com dois filhos...Não dá!

C: É. Depois dessa vez lá no hospital, aí eu fico com medo mesmo. Qualquer coisinha eu tenho medo. (risos) eu estava meio na "nóia", sim, mas, ao mesmo tempo que eu estava com medo, porque eu vi que ela não estava bem. Cheguei lá no hospital, a médica não fez o que era pra fazer! Não pôs ela na UTI, largou ela lá no corredor, lá embaixo, na recepção, no pronto socorro, aí eu vendo a menina chorando...eu acho que a Eliana estranhou meu jeito! Porque eu estava calma, parecia que eu estava mesmo na "nóia", como ela achou que eu estava.

C: Eu tinha dez anos. Meu pai e minha mãe trabalhavam, a minha irmã, eu sou seis anos mais velha que ela, então, eu tinha ELA pra cuidar, eu tinha ELA pra levar pra escola, eu tinha meu avô e minha avó, eu tinha a casa da frente e a casa de trás pra limpar, desde os meus dez anos. Então, era EU pra fazer isso. Desde os meus dez anos. Sempre, a vida inteira. Eu tinha dez anos, eu comecei a dormir aqui (na sala). Eu não sabia o que era meu quarto, minha cama, minha casa. Eu dormia aqui. O quarto era da minha avó, porque minha avó chamava a noite inteira pra levantar ela. Então era assim: meu avô e minha avó na cama e eu colocava o colchão no chão. Sempre foi assim. Sempre! Minha mãe saía, podia ser pro que for, podia ser pra um aniversário, podia ser pra uma festa, pro que for, eu não ia. Eu ficava aqui, porque os dois não podia deixar sozinho. Mesmo antes do meu avô ter o derrame, porque, senão, os dois se pegavam aqui, então não podia.

P: Então, já era VOCÊ ou VOCÊ, desde essa época.

C: É. Desde sempre! Sempre foi ou eu ou eu, a vida inteira!! Todo mundo fala que minha mãe deixou muita responsabilidade pra mim. Tem hora que eu acho ruim, mas tem hora que eu acho bom. Porque, se eu não tivesse aprendido isso desde sempre, desde nova, acho que hoje eu não teria capacidade pra cuidar dela. Porque... eu fiquei grávida dela com QUINZE anos.

No caso de Catarina, acreditamos poder falar de outros lutos mais: da maior parte da infância "perdida" em meio a tantas responsabilidades características da

vida adulta; do esposo, do qual se separou; do pai de sua filha, que, de acordo com seus sentimentos expressos na entrevista, “não quer saber”; do curso de Medicina, que não pôde fazer devido à gravidez aos quinze anos; do hospital particular, onde estabeleceu vínculos de confiança. Parece haver, em seu caso, uma sobrecarga psíquica quanto à necessidade de elaborar uma enorme gama de lutos, sendo importante a proposta de trabalhos preventivos, além de intervenções psicológicas, para atender a casos como esse. Dizemos preventivos, aqui, no sentido de buscar evitar que mais uma exigência de elaboração psíquica, como o luto pela morte de um filho, traga danos porventura até mesmo irreparáveis. Isto porque, por mais que soframos com um filho gravemente enfermo, nada se compara à dor de perdê-lo.

Catarina parece querer se convencer de que *“sou só eu pra ela; não sei como será sua perda, enlouquecerei, porque vivo pra ela, mas não pode ser diferente”*.

A impressão com a qual eu, a psicóloga que realizou a entrevista, fiquei, foi que é como se perguntas aterrorizadoras ficassem em sua mente, talvez no nível pré-consciente: *“Quando poderei realizar meus sonhos? Como eles poderão ser realizados? Somente quando ela partir? Mas, se ela morrer, posso não aguentar! Não é isso que eu quero. Não desse jeito.”*

Assim, outro aspecto encontrado como resultado de nossa pesquisa foi a ambivalência de sentimentos, a qual aparece também nos trechos acima.

Zimerman (2001) informa-nos que Bleuler foi quem criou o termo “ambivalência”, considerando-a em três domínios: no voluntário, o sujeito deseja, ao mesmo tempo, comer e não comer, por exemplo; no intelectual, ele enuncia uma proposição e seu contrário, simultaneamente; no sentido afetivo, há uma condição em que o sujeito ama e odeia em um mesmo movimento a mesma pessoa.

A ambivalência pode incorrer em determinadas afecções, tais como psicoses e neurose obsessiva, mas também - e esta nos parece ser a condição que nos interessa em primeira instância- em certos estados, como o luto (Zimmerman, 2001).

A partir dessas falas apresentadas por Catarina, percebemos o volume e a intensidade de conteúdos de natureza ambígua que permeiam o psiquismo da participante de nosso estudo (Catarina).

A necessidade da realização da traqueostomia aciona esta ambivalência, quando ela se questiona quanto a ser a melhor opção ou não para a filha; este questionamento pode estar, em um nível pré-consciente, podemos supor, como se ela se perguntasse: “Seria melhor ela continuar correndo risco de perder a vida da criança amada de uma vez (não permitindo a realização deste procedimento) ou saber que o terrível orifício em sua traqueia, assim que fosse feito, traria a ela, à mãe, a demanda interior de elaborar o luto da voz da filha, de forma irreversível, além de outras condições dela decorrentes? Isso se expressava pelos constantes pensamentos: “Permito ou não permito? Quais serão as consequências disso?” Podemos até mesmo arriscar, que ficasse sobrevoando sua mente: “Serei responsável por essa decisão; portanto, serei culpada caso algo saia errado; poderei suportar o sentimento de culpa?”

Outra evidência de sentimentos ambivalentes em Catarina é seu relato, em dois momentos diferentes, quanto ao apoio fornecido pelos seus pais. Em um primeiro momento, ela afirma que eles lhe dão todo o apoio necessário, sem o qual não sabe como seriam suas vivências com Mari. Posteriormente, ela afirma, de maneira bastante densa, durante quase toda a entrevista, que é somente ela para cuidar da filha, mais ninguém. Chega a dizer, claramente, que a mãe e o pai não cuidam da menina, cada qual por seu motivo particular.

Seu desejo de ter outro filho é intenso demais, bem como a necessidade de ter alguém para estar com ela, um esposo. Ambivalentemente, ela passa desta ideia para a de que não pode realizar esse desejo agora, porque precisa cuidar da filha acamada, considerando incompatível tê-la e, ao mesmo tempo, ter outra criança. Tudo ficaria dividido demais, pelas demandas complexas da filha e de um bebezinho, ao mesmo tempo. Deseja, mas, simultaneamente, não deseja, por considerar não poder desejar. E se isso significar a morte da filha, então... Nem pensar! Isso, por si só gera culpa e ela precisa convencer-se: “Sou só eu e ela. Tem que ser só eu e ela.”

Da mesma forma, admite crer ter sido ruim e bom, ao mesmo tempo, o fato de seus pais terem, conforme palavras de outras pessoas, segundo ela, conferido-lhe muitas responsabilidades para os seus poucos anos de vida, precisando cuidar dos avós, da irmã, da casa, sendo privada de ir a festas e outras necessidades relacionadas a seu lazer e demais peculiaridades da infância. Parece desconhecer (ou negar) esta história de vida tão adversa, ao dizer que são as outras pessoas que comentam a esse respeito e que foi bom para que ela soubesse cuidar da filha, agora. Salienta mais, inclusive, em suas verbalizações, o lado bom que teria este fato, aparentemente defendendo-se do luto possivelmente mal-elaborado de grande parte de sua infância e adolescência. Pode existir aqui, ainda, uma identificação com o outro filho que nem sequer existe, a menos em sua fantasia, aquele que deseja ter, quando diz algo parecido com: “Não posso atribuir uma responsabilidade dessas ao meu filho “bom”; não posso, como muitas mães dizem que fazem, objetivar que ele estimule Mari.” Podemos acrescentar, talvez, em seu pensamento, mas isso é por nossa conta: “Não posso fazer o que meus pais fizeram comigo! Foi terrível ter que assumir todas aquelas responsabilidades, sendo tão pequena, tão jovem!

Outro resultado obtido por meio da presente pesquisa foi a questão do saber materno que Catarina sente ameaçado nos hospitais.

C: *É, porque você não sabe onde você está pisando! O que estão fazendo?! Você não sabe o que eles estão fazendo!! Cada hora um médico vinha e falava uma coisa! Eles não entravam num consenso e não faziam a coisa certa! Né?! Daí fica difícil, cada um falar uma coisa! Ainda falei pra uma Dra. que, se fosse uma pessoa leiga, cada um fala uma coisa, não ia nem entender nada! Mas eu entendo! Então pra mim, tem que vir e falar o que é certo! Falar o que está acontecendo de verdade com ela! Um fala uma coisa, outro fala outra, outro fala outra... não adianta esconder de mim o que está acontecendo! O que tem que falar, fala e acabou! Eu aprendi muito assim. Eu aprendi MUITO, muito, muito, muito, muito, com ela!*

C: *Naquele hospital particular mesmo; os médicos viram, só depois de muitas vezes, que tudo o que eu falava, dava certo. Depois de eu falar tanto! Como da comIIlda! Eu falava: “Tira essa comida dela!” Quando tiraram, parou toda a diarreia, tudo!*

C: *É...Eles faziam...Faziam e não faziam, né? Porque eles faziam o que queriam, porque, uma semana de internação, uma semana ela passando mal com a COMIIDA...*

C: *Eu tinha vontade de EU fazer! De levar de casa! E jogar tudo aquilo lá fora, e arrancar tudo aquilo lá dela e levar comida de casa! Porque eu fiz eles entenderem que, como ela não passa mal com a comida que eu dou em casa e com a do hospital ela passava? Porque se ela fosse passar mal com qualquer tipo de comida, ela ia passar mal com a comida que eu DOU. Não acontece nada com ela! Porque, o que que acontece? Tira! Faz assim! Faz igual eu faço em casa! Uma hora é uma comida, outra hora é outra comida...Faz assim! Vê se ela não melhorou? Na primeira troca de comida, ela melhorou! É que nem punsionar veia nela! Assim, judiaram bastante dela. É... nessa hora, tem muita mãe que fica desesperada de ver furando o filho, né?*

C: (...) *Agora, do hospital público, eu não gostei porque ela está marcada até hoje! As marcas de furos nela estão até hoje, os roxinhos na pele dela estão até hoje! A jugular dela está com os sete pontinhos até hoje. Uma coisa que eu não gostei: raspam a cabeça dela e (fala bem rápido) bem do lado da válvula.*

P: *O que você sentiu com isso?*

C: *Eu fiquei com vontade de arrebentar todo mundo lá! Porque, quando eu estava lá, não fizeram isso. Esperaram eu vir embora, à noite, porque não podia ficar com ela à noite, esperaram eu vir embora pra fazer! A hora que eu cheguei lá no outro dia de manhã, ela estava SEDADA, porque eu acho que sedação, é uma coisa que você precisa pelo menos comunicar, né? Pelo menos comunicar, né? E raspada a cabeça dela, a METADE! Depois eu tive que cortar o cabelo dela, que nem menininho, meu! Curto no último! Pra igualar. A hora que eu cheguei, que eu vi ela INCHADA. Ela estava horrível! Hor-rível! Até EU fiquei apavorada de ver ela. Eu tive vontade de sair correndo! Nem perguntaram pra mim se podia fazer aquilo com ela! (...) Se for uma pessoa leiga, aceita! É que nem a sedação, ninguém me falou nada! EU VI, porque a máquina da sedação estava ali, do lado dela, correndo soro. Aí eu falei: “Ela está sedada?!?” Aí me falaram: “Ela está sedada, mãe, você não sabia?” – “Não, eu não sabia! Ninguém me falou nada que ela estava sedada!” Fui super... sabe? Por dentro, eu estava querendo estourar, xingar todos os médicos, porque fizeram isso com ela! Mas por fora, eu estava supeeer caalma. Eu perguntei porque ela estava sedada: “Aí, é porque ela estava muito agitada!” Eu falei: “Não, ela não é agitada! Eu estou estranhando, porque ela nunca foi agitada. Ela já ficou internada a vida inteira e nunca aconteceu isso!” Sabe assim? Super caalma... aí eles falaram: “Não, mas a gente vai tirar, vai tirando, aos poucos...” e eu: “Ah, tá. Tá bom...” a hora que eu não aguentei MAIS, que eu vi que eles só estavam aumentando a sedação dela, eu falei com a Eliana. Por que que a Eliana ligou lá e*

tiraram? E comigo, eles não estavam tirando? Eu falando pra tirar, eu falando pra tirar, eu falando pra tirar, e eles sem tirar a sedação dela?! E ela, inchando, inchando. Aí eu tive que falar com a Eliana. Aí, a hora que eu chego: “Qual é a sua dúvida, mãe?” Eu falei: “Não, doutor, eu não tenho dúvida. Eu não gostei de terem feito isso, isso, isso com ela.” - “Ah, então pode ficar sossegada, porque a gente tirou.”

De fato, as passagens acima demonstram claramente a angústia de Catarina gerada por esse perpassar do conhecimento médico, ou mesmo, poderíamos dizer, por essa superposição deste último em relação ao saber materno. Catarina demonstra sentir-se desrespeitada por determinadas atitudes da equipe de saúde; sobretudo aquelas nas quais é privada de participar de decisões de que se sente apta para fazê-lo em relação a procedimentos invasivos na filha. É nítido como isto ocorreu, não sendo fruto de qualquer delírio persecutório ou algo dessa natureza, mas, sim, uma reação perfeitamente saudável de busca de defender seu direito de exercer sua maternagem, bem como de informar os profissionais que cuidavam de Mari a respeito de como poderiam fazê-lo da forma o mais confortável e segura possível.

Oliveira (2009) fala-nos a esse respeito, com propriedade: diz que um olhar predominantemente técnico por parte da equipe de saúde impede o próprio paciente de se reconhecer, podendo deixá-lo ainda mais angustiado. Conclui, ainda, que o fato de ela, como psicóloga, estar disponível e se apresentar tal como é, é melhor do que contar histórias e/ou pré-estabelecer atividades lúdicas. Confirma, também, a necessidade de a mãe ter um espaço para contar sua própria história com o filho enfermo, a fim de que ela resgate seu saber materno e a confiança nele, ao passo que a hospitalização e as falas médicas perpassam esse saber, invadindo-o e afetando, por conseguinte, o vínculo mãe-filho, fundamental para ambos, psiquicamente.

Não somente nos parecem de pleno bom senso as conclusões desta autora, como nossas próprias experiências as confirmam, portanto.

O medo da feiura da filha bem como da discriminação que ela viria a sofrer por causa de sua deficiência que representaria uma “ameaça ao narcisismo” aparece em diversos trechos dos relatos de Catarina:

“Como que vai ser? Como que ela é, como que ela vai ser, como que ela é?” Aí, quando ela nasceu, que eu vi ela, eu vi que ela era como qualquer outro bebê, que ela era mesmo um bebê como qualquer outro bebê (ênfase); aí que...assim, eu já tinha aceitado, mas aí que eu falei assim: eu não ia tirar, não vou rejeitar, não vou dar pra ninguém, então eu vou fazer o que der pra fazer.

C: Aí quando eu vi ela, então, eu vi assim... que eu morria de medo de ser um bebê feio (voz treme)

C: Eu falei: ela não é um bebê feio, ela é linda, é gordinha, a coisa mais linda! Então, daí, assim, tudo o que eu tinha de preocupação, assim, quanto às pessoas rejeitarem...Porque tem muitas pessoas que rejeitam, né? Mas daí eu não tive mais nenhum medo quanto a essa parte, assim. Disso, de ficarem falando: “olha lá aquela criança!” Porque falam, viu?(ênfase) Sempre tem as pessoas que falam!

Podemos condensar as concepções de Freud a respeito do narcisismo da seguinte forma, condensação esta emprestada por nós, de Laplanche (1973): a. o narcisismo consiste no investimento libidinal sobre a própria pessoa, ou seja, no amor de si mesmo; b. tal investimento libidinal de si passa por um investimento libidinal do ego; c. esse investimento libidinal do ego é inseparável da própria constituição do ego.

Aspectos individuais da atitude narcisista são encontrados em muitas pessoas que sofrem de certas perturbações; no entanto, afigurou-se provável que uma localização da libido que merecesse ser descrita como narcisismo talvez estivesse presente em muito maior extensão, podendo mesmo reivindicar um lugar no curso regular do desenvolvimento sexual humano. Dificuldades do trabalho psicanalítico em neuróticos trouxeram a mesma suposição, por parecer que, neles, esse tipo de atitude narcisista constituía um dos limites à sua susceptibilidade à

influência. O narcisismo nesse sentido não constituiria uma perversão, mas sim o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação, que, em certa medida, pode justificavelmente ser atribuído a toda criatura viva (Freud, 1914/1996).

Pode-se apresentar a ideia da existência de uma catexia libidinal original do ego, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais. Emanações dessa libido foram observadas, segundo Freud (1914/1996), sendo que as catexias objetais, podem ser transmitidas e retiradas novamente; além disso, há uma antítese entre a libido do ego e a libido objetal, de maneira que, quanto mais uma é empregada, mais a outra se esvazia. A libido objetal tende a alcançar sua fase mais elevada de desenvolvimento no caso de uma pessoa apaixonada, quando o indivíduo parece desistir de sua própria personalidade em favor de uma catexia objetal. Somente quando esta última está presente é que é possível discriminar uma energia sexual - a libido - de uma energia dos instintos do ego (Freud, 1914/1996).

A partir desta breve explanação a respeito do conceito freudiano de Narcisismo, podemos acrescentar o fato de haver exigências socioculturais quanto à beleza que a mulher “deve” ter.

Notamos, aqui, que, se é que podemos falar em ameaça ao narcisismo de Catarina, em seu vínculo com a filha, devemos focar o fato de que o objeto libidinal desta mãe encontra-se tão somente na própria filha (pressupondo, inclusive, provavelmente, uma sublimação quanto às necessidades de natureza propriamente sexual) ou, então, que sua identificação com ela é tão grande a ponto de ser penoso demais para seu narcisismo, pressupondo uma relação simbiótica com a criança e, portanto, um ferimento grave em seu próprio ego, ao pensar que sua filha será feia.

Isto não significaria qualquer sinal de psicopatologia, a nosso ver. Simplesmente, a filha, ainda dentro do próprio corpo de Catarina, apresenta, de fato, uma relação simbiótica com a mãe. E mais, o amor materno e a ligação pele-a-pele, ainda após o nascimento, cremos, implicam nessa canalização libidinal à criança, em qualquer situação. Nossos contextos cultural, social e histórico também são fatores preponderantes no sentido de atribuirmos valor até mesmo exacerbado à beleza. E o que dizer a respeito da beleza feminina?

Com isso, Catarina, após um medo terrível de que sua filha fosse feia e, portanto, discriminada, quando pode ver sua aparência, ao nascer, recebe uma espécie de bálsamo em sua ferida narcísica. Todavia, quando a criança cresce um pouco, chegando aos cinco anos de idade, parece haver nova ameaça narcísica: a doce e linda menininha precisa que lhe “esburaquem” a garganta e o estômago; precisa receber oxigênio acoplado em sua traqueostomia. Sua mãe? Precisa buscar a elaboração de mais um luto em relação à sua amada criança: “saber” que aqueles “buracos” não mais sairão de seu corpo. Faço questão de dizer porque colocamos aspas em “saber”. Ora, se falamos, em boa parte deste trabalho, a respeito de não podermos prever com certeza absolutamente nada, nem a respeito da morte, nem a respeito da cura, precisamos salientar que esta ideia pertence a Catarina e ao(s) médico(s) que lhe disseram isso, no hospital!

O Arquiteto do Universo é portador dos seus segredos e mistérios, os quais não há como compartilhar conosco, pequenos e ignorantes que somos perante Ele. “Só sei que nada sei”, conforme nos diz Sócrates.

Outras frases podem nos trazer possibilidades de reflexão no que concerne à intersecção fundamental entre ciência e fé, entendendo-se por esta última “o firme

fundamento das coisas que se esperam e a prova das coisas que se não vêem.”
(Hebreus:1):

Max Planck (1858-1947), prêmio Nobel de Física em 1918, pela descoberta do “quantum” de energia: “O impulso de nosso conhecimento exige que se relacione a ordem do universo com Deus”.

Antoine Henri Becquerel (1852-1908), Nobel de Física em 1903, descobridor da radioatividade, afirmou: “Foram minhas pesquisas que me levaram a Deus”.

Andrews Millikan (1868-1953), prêmio Nobel de Física, em 1923, pela descoberta da carga elétrica elementar: “A negação de Deus carece de toda base científica”.

Albert Einstein (1879-1955), Nobel de Física em 1921, pela descoberta do efeito foto-elétrico: “Quanto mais acredito na ciência, mais acredito em Deus”. “O universo é inexplicável sem Deus”.

Erwin Schorödinger (1887-1961), prêmio Nobel de Física em 1933, pelo descobrimento de novas fórmulas da energia atômica: “A obra mais eficaz, segundo a Mecânica Quântica, é a obra de Deus”.

Voltaire (1694-1778), racionalista e inimigo sagaz da fé católica, foi obrigado a dizer: “O mundo me perturba e não posso imaginar que este relógio funcione e não tenha tido relojoeiro”.

Edward Mitchell, astronauta da Apolo 14, um dos primeiros homens a pisar na Lua: “O Universo é a verdadeira revelação da divindade, uma prova da ordem universal da existência de uma inteligência acima de tudo o que podemos compreender”.

Outro achado em nossa pesquisa, foi a existência de um mecanismo de defesa em especial (a formação reativa), perante tamanho sofrimento:

C: Então eu é que tenho que cuidar dela, eu que tenho que fazer tudo! Então por isso que eu não posso me abater com nada, não posso deixar NAADA...então eu fico sempre ali!

C: Porque, também, eu procuREI saber. Eu procurei interesse, porque que nem eu posso muito bem ter ela doente e não ligar! Só dar comida, trocar fralda...não me importar tanto, como tem muita gente por aí que é assim! Como tem gente que se importa, tem gente que não se importa, eu poderia muito BEM! Só que NÃO, eu falei: eu vou cuidar DEla!

C: Então, assim, eu não quero! Eu sempre tive muita vontade de ter outro filho! É o que eu falo: Passar o que eu não passei com ela. Porque eu não vi ela andar, eu não vi ela comer sozinha, eu não ouvi ela falar, não, né, não estou vendo ela ir pra escolinha agora, ela está com sete anos...então eu não vou ver nada disso, então eu queria ter outro filho pra passar tudo o que eu não passei com ela.

C: Ao mesmo tempo, eu poderia ter tido; você vê? Já são sete anos! Eu poderia ter tido outro! Porque, se eu tenho outro, como que eu vou cuidar dela? Aí vai ficar dividido!? Metade com um, metade com outro?!Eu falei assim: (Catarina estremece a voz) Ou é só ela ou é... nada! Então, daí é SÓO ela!

C: Então, eu aspirava ela chorava. E eu via só as meninas aspirando e eu falava: mas eu preciso aprender! Depois não vai ter ninguém pra fazer por mim. Daí, eu falei: Não! Eu vou fazer! Aí eu já tinha uma prática. Porque eu sabia que ninguém ia fazer por mim. Daí eu peguei, aspirei, eu aprendi, direitinho, pra não acontecer nada, pra não machucar ela, tanto que eu sempre aspirei ela, nunca tinha um sangue, nunca saiu um sangue dela, nunca tirei um sangue dela! Nunca machuquei ela. Às vezes ela chora comigo, eu aspirava daí ela não chorava. Então, daí já me confortou mais, porque daí já não tava machucando.

Ela chorando, pra mim, tava doendo, então foi uma sensação ruim. Mas depois, eu me acostumei, normal, como hoje, pra mim, é normal eu chegar (risos) e aspirar ela, é mecânico. Aí vou aspirar pronto. Acabou virando uma coisa mecânica, que...não é que você não se importe mais, não é que você não está preocupada se tá doendo ou não, mas é que é tão rotina, você faz isso tantas vezes por dia (...)

C: porque eu não sou assim: eu não sou calma, eu não sou tranquila, eu sou bem agitada, eu sou nervosa, eu sou terrível mesmo, mas com ela... é totalmente ao contrário, eu sou super calma, me controlo bem, porque...eu já vi várias pessoas que chegam no hospital gritando com o médico: "Você não cuida do meu filho...!" Aí o médico não está nem aí, vira as costas, não está cuidando do seu filho e metendo o pau em você. Então, no hospital, eu já vi isso acontecer! Então, pra quê que eu vou fazer isso? Se eu fizer isso, eu não vou cuidar dela, então, eu vou fazer as coisas direito! Vooouu coom caaalma, conveeerso numa boooaa...Eles me escutam, porque só assim eles te escutam! Você conversaaaando... Você vê que os médicos passam pra falar do período do dia, né, o que aconteceu...Passar o plantão pra mãe, eles falam, falam, eu tenho minhas dúvidas, eu tiro, a gente fica alí, a gente conversa, conversa! Então, tem que ser assim. Adianta chegar gritando? Não adianta! Se eu vejo que tem alguma coisa errada, eu falo! Mas também falo numa boa, não vou gritando...minha mãe já é o contrário! Lá naquele hospital público, porque ela nunca tinha internado lá, sempre foi naquele outro (particular), então, minha mãe começou a chamar a atenção da médica e a médica rodava, rodava, rodava e voltava no mesmo assunto, falando que não tinha nada a ver e...sempre olhando pra mim, sempre olhando pra mim, sempre falando comigo. Aí a minha mãe já fala alto, ela começou a falar mais alto aí a médica já, né, (risos) cortou, né, na hora. Eu falei pra minha mãe: não é assim, mãe. Você chamou a atenção dela, já aumentou seu tom de voz, não é assim, aí ela ficava rodando, rodando, rodando, você mudava a pergunta e ela falava a mesma coisa. Falei: Não é assim! Você tem que falar com eles direito! Você vai gritar com eles, eles não vão te responder! Por isso tem que ficar bem calma, se tiver dúvida tem que procurar resolver, é a melhor coisa que

tem a fazer! Porque tem que tratar bem ela, se não me tratar bem, tudo bem, mas tem que tratar bem ela. Tem que cuidar bem DEla!

P: E como que é pra você? Você se descreve “não calma”, totalmente diferente.

C: É, eu sou bem explosiva.

C: Eu digo assim: “É só eu e ela!” Eu vivo POR ela! Então, eu faço tudo...POR ELA. Eu não me vejo, assim, fazendo nada por outra pessoa, ou por mim mesma. Eu faço POR ela. Então eu fico pensando assim: “E quando eu não tiver mais ela? Que que eu vou fazer? Que nem eu te falei, eu acho que eu vou ficar LOUCA, né? Que que eu vou fazer? Vai ser uma PERDA MUUITO grande! E eu tenho MUUITO medo disso!

Existem dois modos de funcionamento do aparelho psíquico, quais sejam: o processo primário e o secundário, correspondendo aos dois modos de circulação da energia psíquica, ou seja, a energia livre e a energia ligada. O ego possui, pois, uma dupla função: a de inibição e a de defesa. A energia psíquica é considerada livre quando sua tendência é voltada para a descarga de modo mais direto possível e é dita ligada quando sua descarga é retardada ou controlada (Garcia-Roza, 2002).

Sendo assim, os mecanismos de defesa definem-se por distintos tipos de operações mentais, cujo objetivo é reduzir tensões psíquicas. Eles processam-se pelo ego e quase na totalidade das vezes, são inconscientes (Zimerman, 2001).

O mecanismo que aparece com maior evidência é a formação reativa. Por intermédio dela, o ego mobiliza uma estrutura que é a mais oposta possível em relação aos riscos do surgimento de pulsões libidinais ou agressivas reprimidas no inconsciente. Consiste, sob o ponto de vista econômico, em um contrainvestimento de energia psíquica de força equivalente e de direção oposta ao investimento pulsional inaceitável (Zimerman, 2001).

Como podemos perceber, Catarina precisa buscar convencer-se o tempo todo de que não deve se deixar levar pelos seus desejos, pois eles são muito perigosos. Ela não pode desejar fazer o curso de Enfermagem e muito menos ter outro filho,

pois essas e outras realizações representariam uma perda inevitável de grande parte do investimento emocional que dedica à filha enferma, tão necessitada de seus cuidados constantes. Isso sem contar que a possibilidade de tais concretizações parece decorrer somente, a partir desse pressuposto, com a “ausência” da filha.

Aliás, quando fala a respeito de “morrer” de medo de novos procedimentos com a filha, parece nos enviar a mensagem de que está mesmo, tal como a filha, necessitando de um cuidado muito bem direcionado em forma de um acolhimento, de compreensão por parte de outrem quanto às suas necessidades emocionais e físicas também.

Ao mesmo tempo, os desejos tão combatidos, por um lado, levam à busca, contraditoriamente, de defender-se do fato de não ter qualquer retorno ao seu próprio ego esvaziado, em contrapartida.

Portanto, o conflito nesse sentido é nítido e a angústia persecutória impossível de inexistir.

O termo angústia, etimologicamente, é derivado do latim “angor”, cujo significado é “estreitamento”. Melanie Klein descreveu as angústias de tipo persecutório como aquelas que representam ameaças de objetos maus e perseguidores aos bons objetos internos.

As evidências da presença desse tipo de angústia constam, a nosso ver, em toda a entrevista, isto é, em todos os relatos de Catarina. (Aqui falará Leticia, a mãe, a participante da pesquisa e a cientista): É interessante notar que existe uma necessidade constante de encontrarmos culpados para dores como as que nós, que passamos por situações tão adversas com nossos filhos, temos. Não que isso seja suficiente para nos livrar da angústia. Pelo contrário, parece claro que as mães

apresentam uma fortíssima tendência a se culparem por tudo de ruim que possa ocorrer com o próprio filho, a quem querem tanto bem. Quanto a isso, não podemos concluir nada em relação a porque ocorre assim. Podemos, no entanto, lançar uma pergunta: Esperaríamos nós ouvir de outrem que a culpa não é nossa, de maneira alguma? Ou simplesmente (complexamente, na verdade), estaríamos em um funcionamento voltado para a onipotência, a qual não admitiria erro nenhum? Se sim, a raiz disso não estaria em outro mecanismo de defesa, no sentido de procurarmos nos convencer de que “daremos conta do recado”? De que, aconteça o que acontecer, ficaremos firmes e faremos tudo certo por nossos filhos tão adoecidos, sem acidentes, sem erros, sem fraquezas, até o final?

Precisamos, então, falar a respeito de meus sentimentos contratransferenciais:

Assim sendo, as contratransferências reconhecidas na psicóloga/mãe de UTI foram: sentimento de impotência quanto ao sofrimento delas; vontade de amenizar seu sofrimento, sem saber como, principalmente quanto a D. Julia, que perdeu o filho. Vi nela a mesma “cratera”, o mesmo “vazio” que vejo em mim, deixado pelo filho que partiu.

Enquanto eles estavam vivos, havia esperança, pequena ou grande (no meu caso, imensa!); havia esperança! Agora já não há, já não temos mais aquele filho amado para abraçar.

Frente a esses sentimentos, eu, muito mais a mãe, o ser humano, do que a psicóloga, até porque meu papel já não era mais de profissional, insistia quanto a se precisassem de mim, que eu estaria à disposição. Expressei isto à equipe, mas como todos sabiam que eu acabara de me separar de meu filhinho, passando pelo horror do luto de um filho também, creio terem evitado possíveis desestruturações

minhas muito perigosas para outras mães nessa situação; acredito, também, terem procurado, com isto, poupar-me como pessoa.

Revivi sentimentos horrorosos, com Catarina, como nossa resistência para permissão de traqueostomia e gastrostomia em nossos filhos. Na verdade, não me lembro de ter conhecido uma mãe sequer, em minha vida de mãe de UTI, que não tivessem os mesmos medos e dores tão intensas no que dizia respeito a isso. Eis aqui também, o fenômeno da ressonância, sobre o qual já discorreremos. Muitas vezes, ouvi mães arrependidas por terem permitido a traqueostomia, sobretudo no mesmo dia em que fora realizada. Arrependimento que não é exatamente arrependimento, porque sabíamos que nossos filhos morreriam (mais rápido) se isto não fosse feito.

Revivi meu sentimento de impotência em relação a isso, com a entrevistada. Depois dessas cirurgias nossos sentimentos de impotência perante a dor do filho e sangramentos pareciam-nos insuportáveis. Catarina não falou claramente a esse respeito, mas acredito que tenha sido assim, também com ela. Principalmente, quando a criança contraiu uma bactéria.

Eu tinha muito medo de que houvesse vaga somente em hospitais onde não se pode permanecer o tempo todo com o filho. Isso era vivenciado por mim como verdadeiro horror, por não poder estar com meu menininho quando fossem fazer algum procedimento doloroso. Na maior parte do tempo, eu podia ficar com ele. Houve, porém, períodos em que me pediam para sair em procedimentos nem tão invasivos assim. Catarina também relata este sentimento, fazendo com que eu o revivesse.

E, quando ela afirma ter que permanecer aparentemente calma nos hospitais, a despeito de determinadas situações aversivas, revivo algo muito próximo, ocorrido

comigo, por algumas vezes. Concordo com ela (dentro de mim) em relação a esta necessidade de não falar nada que possa melindrar os profissionais de saúde que cuidam de um filho, em uma instituição, quando isso não implica em prejuízo para a criança, mas, ao contrário, quando isso é um fator de proteção a ela e à relativa tranquilidade da mãe quanto aos cuidados prestados. Contratransferencialmente, sinto que há um preço emocional a se pagar em consequência da posição tomada, apesar de Catarina negá-lo, afirmando bastar-lhe o resultado obtido. Em meu caso, houve, mas paguei o preço com satisfação, sobretudo após decorridos três anos de internação, no início da qual fui bastante atingida por palavras desumanamente empregadas.

A minha divisão entre meu filho maior, ainda pequeno e Filipe foi também vivenciada de maneira terrível, situação revivida por mim, ao entrar em contato com Catarina, que afirmava e reafirmava que não poderia ter outro filho, para não precisar se dividir e estar pela metade para cada filho. Em meu caso, via meu primogênito sofrendo muito minha falta e a do irmão. A condição de Júlia, por vezes precisando dividir-se entre os dois filhos doentes também acionou em mim os antigos sentimentos, acrescentando em mim uma empatia e mesmo compaixão ainda mais intensas, pelo fato de ter estado com os dois filhos gravemente doentes. Eu tinha um de meus dois filhos naquela condição e já era bastante difícil...

O falecimento do filho mais velho de D. Júlia, pouco depois de meu filho ter partido, naturalmente trouxe atuações psíquicas de minha parte (contratransferenciais), mas no sentido de eu sentir como se eu fosse a única que poderia ajudá-la, como psicóloga que, passando por situações minimamente próximas às vividas por ela, teria toda a base empática para atendê-la, fornecendo-lhe um “ambiente suficientemente bom”.

A contratransferência, anteriormente entendida como uma perturbação neurótica do analista, prejudicando a objetividade e a clareza de pensamento em relação ao paciente, passa a ser gradativamente mais vista como uma verdadeira fonte de extrema relevância, de informações a respeito do paciente, além de um fator fundamental da interação entre analista e paciente (Segal, 1982).

Creemos que ela possa ser revertida em um fator primordial para o sucesso do atendimento, com o propiciar da empatia, sendo indispensável para nós, em uma pesquisa como esta, em que a pesquisadora está tão próxima das vivências das outras participantes, o conhecimento mais profundo possível quanto a como isso apareceu internamente na psicóloga e como refletiu nas demais mães.

O fator “resiliência”, de crucial relevância em nossa investigação, também pôde ser constatado na vida de cada uma de nós, as participantes: somente o fato de mantermo-nos psicologicamente sãs, prosseguindo nos afazeres que dizem ou não respeito ao filho com necessidades especiais, pode nos mostrar essa condição.

Em meu caso e no de D. Júlia, aparentemente, estamos (a cientista e a Letícia mãe dirão isso) sendo resilientes, demonstrando estarmos passando por um luto dito normal, sem quadros de melancolia, conforme algumas informações da equipe multidisciplinar que atende Gui, sobre as quais não tenho condições de fornecer maiores detalhes, devido ao término do trabalho, por motivos já explicitados. Tudo o que sei é que esta mãe tem prosseguido com sua luta pela vida do filho que formou o par investigado, proporcionando-lhe os cuidados maternos de sempre, evoluindo de um prolongamento da existência/investimento libidinal no filho recém-falecido, para um desinvestimento contínuo, neste sentido. Pude constatar este fato por meio do relato de uma profissional que acompanha

Gui e, de certa forma, D. Júlia: “Ela já está podendo falar do filho como tendo morrido, diferente do início, em que ela falava nele como se ainda estivesse aqui.”

No caso de Catarina, ela demonstra não ter tido vínculos seguros na infância, o que é inclusive mostrado por intermédio de seus relatos a respeito de terem lhe conferido responsabilidades incongruentes em relação à sua tão pouca idade, em situações que lhe desproviavam de um lugar no mundo, na família. Ela “sempre” foi a cuidadora e continua sendo. Parece carecer de cuidados, continência, de alguém que possa ajudá-la a plantar e regar a semente da resiliência em si.

Se não buscarmos alternativas preventivas e interventivas, nesse sentido, a tendência será a de uma vivência direcionada à melancolia e não ao luto “normal”. Os riscos, portanto, são incomensuráveis, sobretudo àqueles que não puderam usufruir vínculos de confiança nos primórdios de sua vida. Voltamos a propor, com estas finalidades: “Holding Analítico”, apoio, continência: o que não se pôde ter quando mais se precisava (primeira infância) e o que é necessário resgatar diante de tamanha demanda emocional.

Além disso, a consciência da própria destrutividade apresentada por Catarina pode propiciar que ela evite atuar desta forma. Mais uma vez, afirmamos: a nossa base para ajudá-la consiste em empatia (aliás para ajudar a todas as mães nesse contexto em foco). Sob nosso ponto de vista, esta é fruto de nosso desejo, enquanto profissionais e pessoas, de estarmos dispostos a “sofrer com”, a viver e reviver com o humano sofrido à nossa frente, em toda a nossa capacidade de continência, suas dores e necessidades afetivas mais profundas, sem receio de nos perdermos nelas, junto dele. Isso somente pode ser adquirido mediante o autoconhecimento, a disposição de mexermos em nossas feridas

psíquicas, em admitirmos nossas limitações, mas ansiarmos ser cada vez profissionais e seres humanos melhores a quem quer que precise de nós.

O ser humano não se dissocia do psicólogo. Esta é a maravilha e o perigo de trabalharmos com a mente humana. Perigo este que se reduz, quando podemos nos colocar no lugar do outro e temos o desejo legítimo de ajudá-lo em seus sofrimentos psíquicos. Maravilha esta que aumenta proporcionalmente à nossa disposição em nos encontrarmos mais proximamente conosco mesmos, por meio da análise, cujo foco englobe também o sucesso da psicoterapia ou atendimento do outro. Quanto mais nos conhecemos, maiores são as chances de utilizarmos as transferências, as contratransferências, as resistências em elementos colaboradores de nosso trabalho e menores as de maximizarmos-nas.

Conclusões:

A frase que mais nos ocorre, neste momento de encerrar e concluir este trabalho é aquela que Sócrates, como a maioria já deve ter ouvido, nos legou como herança:

“Só sei que nada sei.”

Sim. Nada sabemos quanto ao que acontecerá no próximo minuto ou mesmo milésimo de segundo em nossas vidas. Conhecemos nossos projetos, alguns de nossos desejos... Mas não podemos prever se eles ocorrerão da maneira como os projetamos e nem mesmo se acontecerão.

Chegamos à conclusão de que, muito contraditoriamente, eu, a pesquisadora, a cientista, mesmo em plena atividade no Doutorado, atravessei-o em boa parte,

equivocada, até pela intensidade da dor de ver o filho desenganado pela Medicina Humana, com a convicção de que fé e ciência eram incompatíveis em minha condição. Este foi um dos motivos pelos quais nem sequer pensava em voltar a ter meu espaço como analisanda.

Por outro lado, as outras participantes da pesquisa, que não apresentam as mesmas experiências cognitivas que eu, parecem ceder a tudo aquilo que a Medicina tem a dizer ou à maioria daquilo que ela tem a contribuir, parecendo também ignorar questões de ordem sobrenatural, como a fé.

Sinto que minha fé, ainda que se encontrasse nesta condição de sobrepor-se tremendamente ao valor da ciência para mim, apesar de eu não deixar de fazer nada do que fosse necessário em termos médicos por meu filho, fez com que eu, de fato, “curtisse” meu menininho, tivesse tanto prazer em estar em sua presença, o qual eu não teria tido, certamente, se tivesse o medo constante de sua morte. Estou convicta de que esse medo também não prepara ninguém para a perda de um filho. Nada prepara!

Eu, como mãe, aguardava sua vida em abundância, a cada dia. A cada amanhecer, eu esperava pela sua melhora, por uma maravilhosa surpresa. Nem por isso, desestruturei-me de modo a penetrar em um quadro de melancolia, quando ele faleceu. Dói sim e dói de uma forma indescritível e incomensurável, mas não seria diferente se eu vivesse amedrontada, sem esperança.

Isso pode nos provar que, sendo a morte uma verdadeira incógnita, da qual ninguém está livre em momento algum, não temos o direito, menos ainda como psicólogos, de, porque alguém está praticamente morto, bombardear a mãe desta pessoa psicicamente, com a busca do convencimento de que não tem mais jeito e

ela deverá aceitar, a todo custo, de preferência imediatamente, a perda do filho, que, por sinal, pode nem mesmo acontecer como todos preveem.

Escutar, empaticamente, a necessidade de cada acompanhante ou paciente no hospital geral é o alicerce para o sucesso do trabalho psicológico nesse contexto, a fim de, por conseguinte, fornecer apoio, continência, um “ambiente suficientemente bom” a quem tanto carece disso.

Podemos afirmar que nossos resultados apontam para a existência de um sofrimento atroz que afeta cada par que forma um vínculo mãe-bebê de modo inevitavelmente intenso e particular. A estrutura e a dinâmica desse vínculo tornam-se totalmente diversas em relação àquelas estruturas e dinâmicas vinculares que se constituem quando tudo vai bem.

Estas dimensões vinculares podem ser profundamente influenciadas e até superpostas por atuações médicas e da equipe de saúde em geral, aumentando, por vezes, a dor psíquica da mãe, impossibilitada de reagir catarticamente até mesmo em prol da proteção do filho, bem como do clima emocional que poderia ocasionar uma discussão. A existência de determinadas regras institucionais também podem limitar, muitas vezes dolorosamente, o vínculo mãe-filho, exigindo dela que se retire do ambiente onde sabe que sua criança está passando por procedimentos dolorosos e angustiantes, além de perigosos.

Os mecanismos de defesa decorrentes de tamanho sofrimento precisam ser alvo de intervenções psicológicas adequadas, com a consideração da sensibilidade e capacidade empática por parte do psicólogo, além da consciência em relação ao papel que deve desempenhar perante o “humano sofrido”.

Intervenções psicológicas inadequadas voltadas à população estudada podem trazer graves conseqüências para ela, tais como: aumento das resistências,

favorecimento da melancolia bem como de quadros depressivos propriamente ditos, maximização dos sentimentos de culpa conscientes e inconscientes; enfim, condições psíquicas ainda mais adversas do que aquelas em que a mãe já se encontrava antes de qualquer intervenção. Isso somente poderá conduzir a riscos, portanto, à mãe e à criança, além de, conseqüentemente, ameaças ao vínculo mãe-filho, essencial para o bem-estar psíquico de ambos e mesmo da saúde física da criança.

Concluimos que o psicólogo que possui esta consciência buscará, certamente, não apenas a devida formação acadêmica e seu aperfeiçoamento e atualizações de conhecimentos para o sucesso de suas intervenções, como também procurará conhecer-se por meio da sua própria análise, com o fim de não enviesar sua prática, com o seu conseqüente empobrecimento ou, até mesmo, com o trazer de riscos seríssimos ao paciente.

Para que tudo isso possa ser contemplado em termos de oferecermos boas práticas preventivas e interventivas, nessas condições, devemos nos auto-conhecermos com a finalidade de saber amar, saber respeitar. Quantas e quantas vezes, apenas fiquei quietinha do lado de uma companheira minha de luta... Faz diferença! A intervenção parece-nos, não significa apresentar ao paciente ou, em nosso caso, ao acompanhante de uma criança enferma, em uma UTI, uma proposta para desviar a sua atenção quanto à sua realidade. Parece muito mais produtivo para o psicólogo hospitalar estar profundamente à disposição, do que manifestar maiores preocupações com ideias preconcebidas quanto à forma como intervirá.

Falo sobre a fé, no início deste tópico, devido ao fato de podermos concluir também que ela foi a protagonista no desencadear da resiliência que consideramos que eu tive e ainda tenho tido. Terminar este trabalho, além do livro com minhas

experiências pessoais sobre o mesmo tema; não ficar um dia sequer prostrada em uma cama, após a morte de meu filhinho; prosseguir procurando ajudar as pessoas que estão passando pela mesma situação que eu passei até poucos meses atrás; continuar minhas atividades sociais...Isto é resiliência.

Perder um filho não é nada fácil e há momentos em que as “lágrimas de sangue” são vertidas como de uma fonte. Afinal, conforme nos diz Cyrulnik (2006), o adaptar-se a um trauma que possa ser considerado bom em demasia é anti-resiliente, de forma que o trabalho no sentido de uma verdadeira resiliência precisa ser diário, com o tecer de algo, de forma contínua, a partir daquela vivência dramática.

Portanto, se há alguém que possui a tarefa de funcionar como quem possa ser instrumento de condução da pessoa (em nosso caso, falamos das mães tão sofridas) a uma condição o mais propícia possível de alcance da resiliência, este “alguém” somos nós, psicólogos. Mas isto depende, antes de mais nada, de nossa consciência, de nossa capacidade empática e de podermos ser continentes e depositários das angústias do outro que esteja com uma demanda psíquica desta natureza.

Finalizando, nós acreditamos na validade científica desta pesquisa, bem como na possibilidade de que ela seja utilizada para a construção de outros trabalhos que visem à melhor formação e busca de autoconhecimento por parte dos profissionais da saúde, entre outros. Reconhecemos as limitações do método no sentido de podermos obter neutralidade e objetividade (devido ao fato de a pesquisadora ter o duplo papel de pesquisadora e participante); no entanto, não cremos que este fato tenha sido algo de que outras pesquisas científicas na área da Psicologia estejam isentas.

REFERÊNCIAS

- Anzieu, D.; Martin, J. Y. (1971). La dinámica de los grupos pequeños. Buenos Aires: Editorial Kapelusz, S. A.
- Anzieu, D. (1979). Il gruppo e l'inconscio. Roma: Borla.
- Anzieu, D. (2002). O Pensar do Eu-Pensante. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bastos, L. A. M. (2006). Corpo e subjetividade na Medicina: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Berenstein (1988). Família e Doença Mental. São Paulo: Editora Escuta.
- Bleger, J. (1984). Psico-higiene e Psicologia Institucional. Porto Alegre: Artmed.
- Bleger, J. (1988). Psicoanálise Del quadro psicoanalítico. In: Genovese, C. (org.) Setting e processo psicoanalítico. Milão: Cortina.
- Bleger, J. (1985). Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos. São Paulo: Martins Fontes.
- Bleichmar, S. (1994). Do discurso parental à especificidade sintomática na psicanálise de crianças. In: Rosenberg, A. M. S. (1994) O lugar dos pais na Psicanálise de crianças. São Paulo: Editora Escuta.
- Bolela, F. (2008). A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. (1998). Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. International Network on Kangaroo Mother Care. Acta Paediatr. 87:440-5.
- Correa, O. B. R. (org.) (2002). Vínculos e Instituições: Uma Escuta Psicanalítica. São Paulo: Escuta.

- Costenaro, R. G. S. (2001). Ambiente Terapêutico de Cuidado ao Recém-Nascido Internado em UTI Neonatal. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano.
- Czernikowski, E. V. (1998). Estructuralismo. In: Pachuk, C.; Friedler, R. (coord.) Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Buenos Aires: Ediciones Del Candil.
- Cyrulnik, B. (2006). Falar de amor à beira do abismo. São Paulo: Martins Fontes.
- Etchegoyen, R.H. (1989). Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fernandes, W. J. (2005). Psicanálise dos vínculos : como trabalho com grupos hoje. Revista SPAGESP, V. 6, N.2, p. 53-60. Ribeirão Preto.
- Foulkes, S.H. & Anthony, E.J. (1967). Psicoterapia de Grupo – A abordagem Psicanalítica. (R. Pontual, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Biblioteca Universal Popular S.A.
- Freud, S. (1996) Estudos sobre histeria. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (vol. II) (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996). Interpretação dos Sonhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (vol. V) (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1901).
- Freud, S. (1996) Fragmentos da análise de primeiro caso de histeria. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (vol. VII) (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1905).

- Freud, S. (1996). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (vol. XI) (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996). Sobre o Narcisismo: uma introdução. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (vol. XIV) (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996). Luto e Melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (vol. XIV) (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1917).
- Freud, S. (1996). Psicologia das Massas e Análise do Ego. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (vol. XVIII, pp. 77-154) (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1921).
- Freud, S. (1923). Psychoanalyse und Libidotheorie. G.W., XIII, 223; S.E., XVIII, 247.
- Gadbem, M. M. (2004). A carreira do drogadicto. Dissertação de mestrado. PUC-Campinas, Campinas.
- Gaíva, M.A.M.; Scochi, C.G.S. (2002). A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI neonatal de um hospital universitário. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8, São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.
- Garcia, O. A. (1988) Transferência em grupos terapêuticos. Mesa redonda da Revista de Psicologia y Psicoterapia de Grupo. Tomo XI, nº3y4.

- Grange-Ségéral, E. (2008). Los Esquemas Originarios Familiares. II Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares: Perspectivas Vinculares em Psicoanálisis, Las Prácticas y SUS Problemáticas. 1:177-181. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo: Buenos Aires.
- Grinberg, L., Langer, M. & Rodrigué, E. (1971). Psicoterapia Del Grupo – Su Enfoque Psicoanalítico. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Gomes, A. G. (2007). Malformação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Hennezel, M. (1996). La muerte íntima: los que van a morir nos enseñan a vivir. Buenos Aires: Editorial Sudamericana S. A.
- Iungano, E. M. (2009). A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. Revista Brasileira de Medicina. Moreira Jr. Ed. p. 26-30.
- Kaës, R. (1977). El aparato psíquico grupal. (H. Acevedo, Trad.). México: Ed. Gedisa.
- Kaës, R. (1994). La Invención Psicoanalítica del Grupo. Buenos Aires: Publicación de La Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
- Kaës, R. (1997). O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo. (J. Souza e M. Werneck, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2002). O Interesse da Psicanálise para Considerar a Realidade Psíquica da Instituição. In: Correa, O. B. R. (org.) (2002). Vínculos e Instituições: Uma Escuta Psicanalítica. São Paulo: Escuta.

- Klein, M. (1997). A Psicanálise de crianças. Rio de Janeiro: Editora Escuta.
- Lagache, D. (1986). Teoria de la transferência. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Laplanche, J. (1990). La cubeta. Transcendencia de la transferencia. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Laplanche, J. (1992). O Inconsciente e o Id. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche e Pontalis (2004). Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.
- Leal, M. R. M. (1993). Grupanálise: Um Percurso. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Grupanálise.
- Ludington-Hoe S, Swinth JY. (1996). Developmental aspects of Kangaroo Care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996;25:691-703.
- Mathieu, P. (1967). Essai d'interprétation de quelques pages du revê celtique. Interpretation.
- McDougall, J. (1991). Em defesa de uma certa anormalidade. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendes, R. A. G. C. S. (2005). Limites e possibilidades na construção de uma prática integral no cuidado à criança dependente de tecnologia. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Programa de Assistência Domiciliar do Instituto Fernandes Figueira.
- Molina, R. C. M.; Fonseca, E. L.; Waidman, M. A. P.; Marcon, S. S. (2009). A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Rev. esc. enferm. USP vol. 43 n. 3. São Paulo.

- Neme, C. M. B; Dameto, C. A.; Azevedo, G. M. G.; Fonseca, M. S. (2007). Implicações do vínculo mãe-bebê no adoecimento infantil: revisão da literatura. Revista Brasileira de Medicina – Moreira Jr Ed. p. 162-166.
- Oliveira, E. C. N. (2002). O Psicólogo na UTI: Reflexão sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. Psicol. Cienc. Prof. V. 22, n.2
- Oliveira, M. C. (2009). Tecendo Histórias: Intervenção clínica em uma UTI semi-intensiva pediátrica. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. PUC/SP – São Paulo.
- Orlando, J. M. C. (2002). UTI: Muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Ed. Atheneu.
- Perkal, A. W. (1998). Função Materna. In: Pachuk, C. e Friedler, R. (Coord.) Diccionario De Psicoanálisis De Las Configuraciones Vinculares. Buenos Aires: Ediciones Del Candil.
- Pichón-Rivière, E. (2000). Teoria do Vínculo. São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1982).
- Poletti, R.; Dobbs, B. (2005). La resiliencia: el arte de resurgir a la vida. Buenos Aires: Lumen.
- Porta, L. K. e Terzis, A. (2008). Experiências vinculares de mãe de criança com diagnóstico de doença neuro-degenerativa. II Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares: Perspectivas Vinculares em Psicoanálisis, Las Prácticas y SUS Problemáticas. 2: 477-482. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo: Buenos Aires.

- Rojas, M. C. (2008). Modalidades Actuales em Familia. II Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares: Perspectivas Vinculares em Psicoanálisis, Las Prácticas y SUS Problemáticas. 1:65-71. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo: Buenos Aires.
- Rosenberg, A. M. S. (1994). A constituição do sujeito e o lugar dos pais na análise de crianças. In: Rosenberg, A. M. S. (1994) O lugar dos pais na Psicanálise de crianças. São Paulo: Editora Escuta.
- Santos, D.S.D.; Gaiva, M.AM.; Gomes, M.M. F. (2001). Grupo de apoio às famílias de recém-nascidos internados em UTI neonatal: experiência de familiares participantes. In: Congresso Brasileiro de Perinatologia 17; Reunião de Enfermagem Perinatal, 14. **Anais**, Florianópolis, 266p.
- Segal, H. (1982). A obra de Hanna Segal: Uma abordagem Kleiniana à prática clínica. Rio de Janeiro: Imago.
- Silveira, L. L. (2007). Um estudo sobre a interação mãe-criança com síndrome de Down. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Siqueira, M. B. C. (2008). Sentidos atribuídos aos cuidados domiciliares pelas mães de recém-nascidos egressos de unidade de terapia intensiva neonatal. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
- Souza, M. N. (2008). Por trás do véu. Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade, Porto Alegre, n. 6.

- Teixeira, A. M. (2006). Vida revirada: o acontecer humano diante da deficiência adquirida na fase adulta. Dissertação de mestrado. PUC-Campinas, Campinas.
- Terzis, A. (1992). A Psicologia e a Psicoterapia do Grupo Familiar. Revista Estudos de Psicologia – PUC Campinas, 9(2): 80-92.
- Terzis, A. (1999). Transferência e contratransferência na psicoterapia analítica de grupo. In: Séculos XX e XI: o que permanece e o que se transforma. (pp.95-109). São Paulo: Ed. Lemos.
- Terzis, A. (2005). Psicanálise, grupalidade e cultura. Campinas: Magister Baron.
- Terzis, A. (2008). Interpretação dos sonhos e dos mitos: Uma compreensão psicanalítica. II Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares: Perspectivas Vinculares em Psicoanálisis, Las Prácticas y SUS Problemáticas. 1: 123-127. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo: Buenos Aires.
- Venancio, S. I.; Almeida, H. (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. Jornal de Pediatria, vol. 80, n.5 (supl.).
- Winnicott, D.W. (1949). Pormenores da Alimentação do Bebê pela Mãe. In A Criança e seu Mundo. Rio de Janeiro: Zahar.
- Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. (pp.277-287). Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Winnicott, D. W. (1983). O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. (original publicado em 1963). Porto Alegre: ARTMED.

Winnicott, D. W. (2006). Os Bebês e suas Mães. (original publicado em 1988). São Paulo: Martins Fontes.

Zadunaisky, A. (1991). El apuntalamiento: una dimensión de la transferencia. Revista de psicología y psicoterapia de grupo: psicoanálisis de las configuraciones vinculares. (pp.53-62).

Zimerman, D. E. (1993) Fundamentos básicos da grupoterapia. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zimerman, D. E. (2001). Vocabulário contemporâneo de Psicanálise. Porto Alegre: ARTMED Editora.

ANEXOS

Anexo A

Primeira visita: pediatra, poucos meses atrás, havia consultado as participantes a respeito de desejarem minha visita. A resposta foi positiva.

1. D. Júlia

Chego com pediatra, Dra. Eliana e com técnica de enfermagem. Encontro na frente da casa, a criança na rede e a mãe balançando-a. Ficamos o tempo todo pra fora da casa, até porque a criança é grande e difícil de transportar. Dra. Eliana diz a Gui que trouxe alguém pra ele conhecer e eu dou um passo à frente (já que estava bem pra trás das duas) e digo a ele: oi, Gui! e Dra. Eliana diz à mãe: “lembra que eu disse que iria trazer uma psicóloga pra você conhecer, que está fazendo um trabalho?”

A mãe responde que não lembra muito bem disso. Digo oi e ela responde com um oi meio rejeitando minha presença, com certo gesto de indiferença, não olhando pra mim e respondendo meio baixo, como que sem vontade.

Dra. Eliana consulta Gui, conversando muito carinhosamente com ele e com a mãe, que reclama diversas vezes pela falta que Dra. Eliana fez, na semana passada, que na verdade, ela é que não estava em casa nem Gui. Estou absolutamente quieta, bem como a técn. E Dra. Eliana pede licença pra sentar na única cadeira que havia ali, pra escrever o relatório. Quando está quase acabando de escrever, fala novamente sobre eu conversar com ela, se ela conversaria comigo. Diz que nem sabe mais o que falar pra psicólogo, que já passou com várias; digo que hoje só quero fazer uma proposta a ela, conhecê-la... diz: “que proposta?”

Afirma que o filho (mais velho, que está com câncer nos testículos e estava no sofá, dentro da casa, largado por causa da quimioterapia), não pode nem ouvir falar mais de psicóloga. Volta a falar com a pediatra, reclamando novamente pela sua falta (que não foi dela, porque ela que não estava quando da sua visita). Dra. Eliana diz que não adianta ela rezar, porque não se verá livre dela.

Eu digo que de mim ela poderá se livrar, sim, que se ela nem mesmo quiser ouvir minha proposta, está tudo bem (digo, o começo em tom de brincadeira, aproveitando a deixa da pediatra e o fim, falo suave, mas seriamente). Dra. Eliana diz que vai permanecer ali com a técnica de enfermagem, em pé, enquanto conversamos.

A mãe convida-me a sentar, com uma feição meio séria, como se estivesse sem saída em relação a me ouvir.

Sento-me, agradecendo e digo: “sou uma psicóloga e estou fazendo um trabalho científico, uma entrevista, querendo compreender os sentimentos, pensamentos, desejos, tudo o que quiser me dizer, expressar para mim, livremente em relação a Gui. Esta será pra mim uma experiência muito profunda humanamente, porque tenho um filhinho que também precisa deste tipo de atendimento domiciliar.

Quando digo isso, ela responde: “ah, então você me entende!” Digo que sou motivada para fazer a pesquisa pela grande vontade de ajudar mães que passam por isso também, por amor, mesmo. Ela muda completamente a sua feição, afirmando que fará sim a entrevista e que terá muito a dizer pra mim. Digo que teremos o limite max. de 1 h. e 15 m. e que, se não der pra ela dizer tudo o que quiser, poderei voltar até que se esgote tudo o que ela quiser dizer. Diz que 1 h e 15 m será muito pouco mesmo e eu digo que ela pode dizer não pra mim mesmo que eu vá até lá novamente. Que ela pode voltar atrás e me dizer que não quer mais participar. Ela diz que isso não, mas que pode ser que na hora que eu for, ela não queira dizer nada, mas aí eu volto outro dia. A pediatra diz que marcará meu retorno e falará pra ela depois.

Eu me levanto, agradeço pela sua atenção e depeço-me com um beijo, dizendo que gostei de ter conhecido ela e ela diz que gostou de me conhecer também. Agora, a partir de quando falei que meu filho está em UTI domiciliar também, está muito receptiva, aceitando-me muito bem, inclusive com uma despedida afetuosa.

Na próxima visita, semanas mais tarde, ela me entrega o termo de consentimento assinado. Porém, sou impedida de fazer a entrevista, devido à falta de tempo dela, que precisa preparar o almoço. Recebe-me muito bem, afirmando que deseja, agora, falar mesmo sobre o filho que está com câncer. Não tenho mais oportunidade de visitá-la. Semanas mais tarde, meu filhinho faleceu e algumas mais, o de D. Júlia de 29 anos, que estava com câncer, também. Apenas tenho notícias por e-mails trocados com a pediatra.

Catarina: transcrição de entrevista

Catarina (C) recebe-me, juntamente com a equipe que atende sua filha, semanalmente (pediatra e fisioterapeuta). A pediatra me apresenta à mãe e eu expresso, então, meu convite para sua participação na pesquisa. Falo sobre seus objetivos e sobre o fato de eu também ter um filho sendo atendido em UTI domiciliar, o que parece ter feito diferença para ela, por sua expressão franca e direta nos relatos. A psicóloga pergunta se é possível realizar a entrevista, naquele mesmo momento e recebe resposta afirmativa por parte da mãe e da equipe, a qual concede uma hora para tanto (devido ao horário, em relação às outras atividades que deveriam ser concluídas).

Catarina conduz-me, do quarto da filha, onde estava sendo atendida, até a sala, convidando-me a sentar. Seus cachorros não param de latir e ela me pergunta se pode prendê-los, atenciosamente e parecendo se importar realmente com a entrevista, que tem início, depois disso.

P: Então, Catarina, fique à vontade para dizer aquilo que quiser, os sentimentos, os pensamentos, a respeito de tudo o que você tem vivido em relação à Mari, às internações, o que vier à sua mente e quiser me contar.

C: Assim... Quando eu estava grávida, eu falava que era uma menina, que eu tinha certeza de que era uma menina e tudo mundo falava que não, que eu estava errada. Daí, quando eu fiquei sabendo, foi uma alegria, né? Feliz, né? Aí logo depois eu já fiquei sabendo que ela ia ter a hidrocefalia e é uma coisa que, hoje, eu aprendi muito com isso, porque, que nem eu estava falando, eu via criança assim deficiente e eu falava: “Eu nunca vou ter um filho assim, eu nunca vou ter um filho assim; então, eu aprendi muito, ainda mais depois de acompanhar ela nos lugares, e eu via outras crianças, que pior que ela a situação da criança.

Eu saía com ela, ela não usava oxigênio, tal, ela tinha hidrocefalia, assim, mas, perfeito... não precisava de nada, não tinha mais nada. Então eu saía com ela, via as crianças piores que ela tanto na saúde quanto nas condições financeiras. Eu sempre tive condições de dar tudo pra ela, se ela precisava de médico, eu conseguia pra ela, eu conseguia tudo o que ela precisasse. Então, assim, me confortou muito tudo isso. E eu acho que se eu não tivesse tudo isso, não tivesse o apoio de todo mundo, acho que, não sei, acho que não tinha agüentado, porque pra mim, quando eu fiquei sabendo, foi assim: “Como que vai ser? Como que ela é, como que ela vai ser, como que ela é?” Aí, quando ela nasceu, que eu vi ela, eu vi que ela era como qualquer outro bebê, que ela era mesmo um bebê como qualquer outro bebê (ênfase); aí que...assim, eu já tinha aceitado, mas aí que eu falei assim: eu não ia tirar, não vou rejeitar, não vou dar pra ninguém, então eu vou fazer o que der pra fazer.

P: Hum, hum.

C: Aí quando eu vi ela, então, eu vi assim... que eu morria de medo de ser um bebê feio (voz treme)

P: Hum, hum.

C: *Eu falei: ela não é um bebê feio, ela é linda, é gordinha, a coisa mais linda! Então, daí, assim, tudo o que eu tinha de preocupação, assim, quanto às pessoas rejeitarem... Porque tem muitas pessoas que rejeitam, né? Mas daí eu não tive mais nenhum medo quanto a essa parte, assim. Disso, de ficarem falando: “olha lá aquela criança!” Porque falam, viu?(ênfase) Sempre tem as pessoas que falam!*

P: *Hum, hum, hum.*

C: *Aí depois que ela nasceu, ela foi ficando assim... bem (tom de dúvida no “bem”); ela estava super bem, né? (ênfase), daí começaram as internações, mas o que era normal pra ela.*

P: *Uma coisa esperada...*

C: *É. Vai ser assim, assim, assim, então já se esperava como, né, ia ser. Eu nunca ia imaginar que ela ia piorar tanto como ela, né? Piorou. Fazer traqueostomia, ficar usando oxigênio direto... Eu nem imaginava! ela não tinha nada assim e de repente do nada, ela começou a piorar e teve que fazer tudo o que teve que fazer com ela.*

P: *Hum, hum.*

C: *Isso, assim, pra mim, quando o médico falou da traqueostomia nela, eu morria de medo. Da traqueostomia, porque... ela já não falava. Ela tava só tipo bebezinho: angu, angui...*

P: *Com que idade?*

C: *A traqueostomia?*

P: *É...*

C: *A traqueostomia foi agora, em 2008. Aí eu falei assim: “Eu nunca mais vou ouvir ela”. Porque eu só ouvia ela quando ela chorava, eu não não ouvia ela, eu só ouvia ela quando ela chorava, que, quando ela não quer alguma coisa, ela chora... a risada dela, que às vezes, ela dava uma risada assim e aí ela dava uma freitada, quando a gente brincava com ela, e os “angu, angui”, que ela falava igual bebê. Aí eu ficava, fiquei morrendo de medo de nunca mais ouvir ela... que que ia acontecer... esse negócio de ter que ficar aspirando ela, porque eu sei, eu conheço as coisas, eu já tive meu avô em casa doente, por sete anos.*

P: *Com traqueostomia?*

C: *Não, meu Avô eu aspirava só boca e nariz, mas comia tudo por sonda, então eu já sabia como que era, era tudo quase igual ela, assim.*

P: *Ela usa gastrostomia?*

C: *Ela tem gastro, tudo; ele não, ele tinha sonda nasal, ficou sete anos sem sair...Então eu já conhecia e eu, como gosto muuuito, assim, dessa parte da saúde, sempre quis fazer medicina, como eu fiquei grávida muito cedo, não deu. Aí, meu sonho, morro de vontade de fazer uma enfermagem, né? Que é mais próximo ali, então, eu conheço bastante as coisas. Aí eu falava assim: “Como vai ser a traqueostomia dela? Eu nunca mais vou ouvir? Será que vai ser bom?” Ao mesmo tempo, eu achava que não ia ser. Então, só que daí eu comecei a ver que ela estava piorando e daí eu falei: “Não! Vamos fazer!” Porque ela começou a ter parada respiratória comigo em casa, então eu tinha que sair correndo com ela pro hospital. Então daí eu ficava: “Vai ser bom ou não vai?” Entao, eu falei: “Não! Vamos fazer e pronto!”*

P: *hum, hum...*

C: *Aí ela fez e (leve risada) foi pior, porque ela pegou infecção hospitalar (leve risada). Entao (Leve risada), vai UTI, vai aquele monte de aparelho, aquele monte de problema...passou isso aí quase dois, três meses, no hospital, tudo, não conseguindo melhorar... Nossa! Foi!!!Foi...assim... a pior parte da vida dela foi essa!*

P: *Hum, hum.*

C: *Porque antes ela tinha as internações dela, mas era assim: uma peneumonia aqui, vamo tentar um remedinho aqui, quase que passasse, às vezes, nem precisava internar; as vezes, precisava, às vezes não. Mas depois dessa daí, agora, qualquer coisinha... é internação, qualquer coisa é um remédio mais forte. Qualquer coisinha, você pode sair correndo com ela.*

P: *Você sente que depois da traqueostomia. É isso?*

C: *Hum, hum. Depois da traqueostomia dela, ela ficou... depois DA infecção, né?*

Porque a traqueostomia dela, se ela não tivesse pego infecção hospitalar, não tinha acontecido nada! Era só uma traqueostomia! Mas o que afetou foi A infecção, o que acabou com ela foi A infecção.

P: Certo...

C: Então, depois DA infecção, qualquer coisinha, SAI correndo com ela!!! E ela é assim: ela cai muito rápido!ela ta bem agora, dando risada, tudo. Amanhã ela pode amanhecer QUIETA, AMUADA e dorme o dia inteiro e ela não é de dormir. Daí a hora que você vê que ela ta dormindo, pode sair correndo com ela, porque você já sabe que ela não ta bem, porque ela não é de dormir. Aí é difícil de levantar ela, também. Aí ela demora... demora...aí tem que acabar internando, pra descansar o pulmão dela, pra ela conseguir voltar de novo.

P: E o que que você sente nesses momentos?

C: Assim... Porque... Geralmente, assim, porque meu pai e minha mãe, eu tenho minha mae e meu pai pra dar apoio, tudo, mas...Assim, tem hora que eu sinto falta de ter alguém assim junto, pra dar um apoio que não é assim, que nem meu pai, minha mãe, igual minha mãe, meu pai dá, mesma coisa. Mas também tem hora que eu pego, que eu paro pra pensar e falo assim: Não! É ela, né, só eu e ela, eu tenho que cuidar, então...

P: Alguém que você diz, seria...

C: Que nem, o pai dela nunca ligou pra ela. Assim, ele vem ele vê ela mas... não se importa...entao, eu acho que assim, ela precisaria de alguém pra dar força pra mim, pra tar junto com ela. Pra estar ali junto. Aí tem hora que eu falo que não, que se é só eu mesmo, é só eu e pronto. Eu que tenho que estar ali forte, porque, se eu desistir, quem é que vai estar ali pra cuidar dela?Porque a minha mãe não vai cuidar dela! Ela até ajuda, assim, mas é muito difícil.Minha mae meio que, no começo minha mae tinha meio que medo de aspirar ela, tal e ela ficou meio traumatizada com o meu avô também e meu pai eu sei que não vai (riso), porque ele morre de medo dessas coisas, medo de cuidar. Então é eu, pronto e acabou. Entao é só eu! Então eu é que tenho que cuidar dela, eu que tenho que fazer tudo! Então por isso que eu não posso me abater com nada, não posso deixar NAADA...entao eu fico sempre ali! Que nem na última vez, a Eliana (pediatra que faz visita semanal), disse que eu estava boba, assim (riso), é que assim, eu já tava meio que esperando, porque eu já tava vendo que ela tava ruim, já tinha levado no médico, já tinha levado pra casa... eu só tava esperando a Eliana ver ela. A Eliana falando pra mim: “É isso, isso, isso, você continua dando remédio pra ela em casa ou você vai!” Eu tava esperando ela me dar uma opção: “ou você continua ou você vai.” Aí ela falou assim que era pra eu chamar a ambulância. Aí, eu falei assim: “Eliana, eu vou chamar minha amiga.” (risos) Ela ficou besta assim de ver a minha tranqüilidade. Porque assim, eu fico tranqüila!

P: MM...

C: Eu fico tranqüila...ela pode estar ruim, eu estou tranqüila. Mas a hora que eu vejo que o bicho ta pegando, que não estão cuidando dela direito!! Que eu estou vendo que ela está piorando, que o negócio não está dando certo...Aí eu já...começo a ficar preocupada, começo a ficar nervosa...eu começo a ficar irritada...

P: Hum, hum...

C: que eu estou vendo que o negócio não está andando, né, que a situação pra ela não está boa! Enquanto eu estou vendo, assim, que ela não está bem, mas assim, não está ruim, então eu fico tranqüila. Porque também, eu acho assim: eu vou chegar desesperada no hospital, gritando com todo mundo, ninguém vai me dar atenção, ninguém vai cuidar dela direito! Então eu vou calma, converso com todo mundo numa boa, sem grito, sem baixaria, sem nada, porque daí também vão tratar bem dela!

P: Sempre se contendo, sempre se controlando...

C: Sempre me controlando! Se eu acho que tem alguma coisa errada, eu pergunto, que nem eu achei que tinha alguma coisa. Aí, eu falava com a Eveline, falava com a Eliana: “Eu não estou gostando disso, eu não estou gostando daquilo, isso está eRRADO, isso não está certo!” Aí ela ligava lá (no hospital), e eles faziam o que eu queria. Porque eu SEI o que é certo pra ela, eu sei o que é bom pra ela e o que não é. Está certo que eu não sou médica, mas eu conheço. É o que eu falo: eu conheço a filha que eu TENHO...

P: Você é mãe... (baixinho)

C: Eu SEI o que vai fazer mal pra ela! Você pode fazer o que for pra ela. Que nem a comida de hospital, pronta, ela passa muito mal. Toda vez que ela vai pro hospital eu falo: “Não adianta. Ela não aceita, ela passa mal. A médica fala pra mim: “Não, mas tem que pôr.”

Não dá uma comida, ela passa mal. Aí eles vêm: “Ai, SANTA mãe!” Aí eu falo: “Gente, eu NÃO sou santa! Eu sei a filha que eu tenho, eu sei o que ela aceita, eu sei o que ela não aceita eu sei o que faz bem pra ela, eu sei o que faz mal pra ela.

P: E o que você pensa, o que você sente, quando você ouve isso, assim: “Ai, santa mãe?”

C: Ai...Não sei... Assim... Assim, é que eu sei que eu sempre fiz tudo de melhor pra ela e sempre PROCUREI fazer. Mesmo que eu não pudesse fazer, eu fazia tudo o que era melhor pra ela. Acho que por isso todo mundo fala assim que eu cuido bem dela, assim, que eu sei bem as coisas dela, né?

P: Hum, hum...

C: Porque, também, eu procuREI saber. Eu procurei interesse, porque que nem eu posso muito bem ter ela doente e não ligar! Só dar comida, trocar fralda...nao me importar tanto, como tem muita gente por aí que é assim! Como tem gente que se importa, tem gente que não se importa, eu poderia muito BEM! Só que NÃO, eu falei: eu vou cuidar DEla!

P: Hum, hum...

C: O tempo que eu tiver com ela, eu vou fazer o que? Eu vou cuidar dela...Eu nunca vou deixar de fazer nada... então eu sempre...Aí eu via assim as outras pessoas e eu falava assim: e agora?!Aí eu olhava... e falava: Ai! Será que vai ser aSSIIM? Aí eu via que não tinha nada daquilo, que não tinha problema nenhum pra cuidar dela...! Falei: pra que que eu vou deixar ela de lado? Falei: Não, eu não tenho que fazer isso, eu tenho que fazer tudo pra ela! Cuidar dela... então eu sempre tive vontade de ter outro filho. Aí, quando eu levava ela nos lugares, pra fazer fisioterapia, tudo, né, quando não tinha isso em casa, aí eu via aquelas mães com a criANÇA deficiENTE, e com aquele monte de filho, e aquela dificULDADE, aquela COisa... aí eu pensava assim, escutava as mãezinha dizendo assim: “Ai! Porque, depois que eu tive o outro filho, o meu filho deficiente, o meu filho bom ajuda a cuidar da criança!” aí, eu acho (leve riso) que, daí, você está jogando uma responsabilidade SUA pr’uma CRIança! Então, assim, eu não quero! Eu sempre tive muita vontade de ter outro filho! É o que eu falo: Passar o que eu não passei com ela. Porque eu não vi ela andar, eu não vi ela comer sozinha, eu não ouvi ela falar, não, né, não estou vendo ela ir pra escolinha agora, ela está com sete anos...entao eu não vou ver nada disso, então eu queria ter outro filho pra passar tudo o que eu não passei com ela.

P: Hum, hum.

C: Ao mesmo tempo, eu poderia ter tido; você vê? Já são sete anos! Eu poderia ter tido outro! Porque, se eu tenho outro, como que eu vou cuidar dela? Aí vai ficar dividido!? Metade com um, metade com outro?!Eu falei assim: (Catarina estremece a voz) Ou é só ela ou é... nada! Então, daí é SÓO ela! Então, daí, uma hora que... Não sei... que... É...Que eu ver que é hora de ter outro...filho! aí... euuuu, tenho! A hora que eu ver que ela tiver bem, que eu conseguir cuidar de DUAS crianças, nossa! Daí sim! Mas, enquanto eu não conseguir dar atenção pra DUAS crianças...NÃO DÁ!! Aí as pessoas falam assim, né?: “Ah! Mas daí, a outra criança estimula o outro, o outro até melhorou...” Mas aí eu falo assim: (tom de desânimo) Ah...Mas...Não! Eu não vou ter outro filho, porque eu sei que não vai dar certo, é MUito complicado! MUITO difícil! E eu fico pensando assim, eu, grávida, e tendo que ir pro hospital com ela! Ou com um bebezinho novo em casa e ela no hospital (riso). Que que eu vou fazer?!

P: Entendo...

C: Aí, quando tiver tudo certinho, eu penso...

P: Como se tivesse que trancar dentro do baú esse desejo?

C: É! Ele está ali! Também, tem muito tempo, eu sou muito nova, tenho vinte e dois anos, vou fazer vinte e três depois de amanhã! Entao eu sou muito nova... Até os quarenta...Vou ter muito tempo ainda pra ter outro filho! Eu falei: enquaaanto eu tiver Ela! Então, assim, eu posso ter ela, mas se eu tiver uma pessoa do meu lado que eu ver que eu vou conseguir a pessoa me ajudar a cuidar dela e cuidar do outro bebê junto, aí também é um caso a se pensar.

P: Hum, hum...

C: E também depois que eu tiver feito o curso, tuudo...Porque, estudando, com dois filhos...Não dá!

P: O curso você não começou ainda?

C: Não. Eu ia começar a fazer esse ano mas daí minha mãe falou pra eu esperar, né? Daí eu falei: vou esperar, então! Nossa! No máximo no ano que vem eu TENHO que começar a fazer! Porque é uma coisa, assim, que vai ser boa pra mim e pra ela. Assim... o que eu SEEI... Eu sei bastante coisa...mesmo porque eu sempre tive muito contato com muita gente assim! Como você também deve saber...então...mas não é assim a mesma coisa que a gente fazendo o curso eee sabendo...né?!

P: É! Podendo até atuar depooois, né?

C: É! Não é a mesma coisa. Mas eu vou fazer, eu quero fazer. Difícil é eu sair! Quando eu vou na casa da minha avó, também ela vai junto! Assim, quando eu vou na casa de alguém que eu conheço, porque também eu não vou chegar na casa de uma pessoa com um monte de coisas dela, né?(risos). Porque vai todo mundo dentro do carro: vai aspirador, vai todas as coisas dela! Vai tudo! Porque também ela precisa sair, né?

P: Hum, hum... E em relação às suas expectativas, quanto a ela...o que que passa pela sua cabeça em relação a isso...

C: Assim... Eu já tive MUUUUITO medo, MUUUUITO medo mesmo!!! Porque quando eu levava ela nos lugares, eu conheci uma moça que teve um filho com hidrocefalia, aí ela teve outro filho com outro problema que eu não lembro agora. Aí eu acabei conhecendo muita gente que teve um filho com hidrocefalia e que acabou tendo outro filho com alguma outra coisa, como um vírus, né, tipo contagioso. Aí que, quando chegava nos cinco anos, todos eles morreram. Eu ficava desesperada(riso) É! Apavorada! Então, quando tiver cinco anos...ai, meu Deus!! Eu ficava assim, né? Aí ela fez cinco anos num dia, não deu nem uns dois ou três dias, ela começou a ficar ruim. Aí eu fiquei a-pa-vorada, né? (riso). Aí passou, tudo... É o que eu falo, a mesma coisa com meu avô: quando a gente esperava que fosse (voz estremece) acontecer alguma coisa, que a gente via que ele estava ruim, igual ela, quando eu vejo que ela está ruim, que eu não estou me preparando, assim, a gente não se prepara né, mas pelo menos você já está vendo a situação, você já está pelo menos consciente (a seguir voz estremece) do que pode acontecer, não acontece! Vai te pegar de surpresa! Então, TODA vez que ela vai pro hospital, que ela fica mal, fica... eu já fico mais assim... já fico...nao entro em desespero, não fico mal, porque eu SEI que é o que já me falaram: ela não vai viver pra sempre. (breve silencio e voz treme a seguir). Ela não é com uma saúde normal que nem de outra criança. A saúde dela é bem debilitada! É que nem arrancar os dentes agora. Eu estou MORRRRREENDO de medo dela arrancar esses dentes! Ela precisa arrancar os dentes dela!

P: É? Por causa da idade?

C: É porque são os de leite e ela não deixava eu escovar os dentes dela, então, colocava a escova na boca dela, ela vomitava, ela passava muuuuito mal! Não parava de vomitar! Aí tinha que ficar correndo com ela pro hospital, porque a menina não parava de vomitar! Aí eu tirei a escova e ficava passando gaze com Cepacol mas não é a mesma coisa que escovar...aí começou a ficar podre mesmo os dentinhos dela. Aí os dois da frente caíram, numa intubação de uma cirurgia, os três aqui de baixo caiu, agora, numa internação, na hora de limpar, e eu falei assim: "Eu sempre limpei e nunca caíram os dentes dela; agora, não sei o que vocês fizeram, para cair!" e nasceram mais três dentes tortos lá atrás, que precisa tirar! Já faz três anos que a gente ta enrolando pra fazer essa cirurgia nela, porque é uma anestesia GERAL, o quadro dela...assim... não é um quadro bom, PERFEITO. Ela tem o pulmão MUITO fraco; agora, assim, ela ta bem, mas nada pode ficar ruim. Então, assim, eu to moRRENDO de medo dessa cirurgia, para arrancar os dentes dela!

P: E já tem uma data?

C: Não. A Eliana ta vendo. Esperou, né, ela sair do hospital, passar uns dias, ela melhorar bem, para poder agora, né; que nem eu disse pra ela, tem que ser agora, porque ela ta bem, agora ela ta segurando bem. Depois dela vomitar esse tanto de vezes aí, não sei como ela tá bem, não aconteceu nada com ela, assim, ela ta super bem. Então tem que ir logo fazer

isso, porque depois, fica ruim de novo e aí espera mais um tempão pra fazer de novo, que a gente não que botar ela pra fazer a cirurgia do jeito que ela ta então espera! Mas eu tô com medo! Porque é uma cirurgia como qualquer outra, é uma anestesia geral que ela vai tomar. Todas as cirurgias dela eu ficava morrendo de medo, de acontecer alguma coisa com ela.

P: Quantas cirurgias ela já fez?

C: Ela fez uma com três meses, daí ela fez a gastro com exame de refluxo, tudo junto, e fez a traqueostomia... fez essa três! Só três, mas pra mim foi um monte! Parece que não passava a hora de jeito nenhum! A que demorou mais foi a da válvula!

P: E a válvula...

C: Nunca tive problema! Esse era meu medo também! Porque, quando ela internou pra colocar, tinha um menininho que estava lá pra colocar a DÉcima dele! Ele tinha rejeição, eu ouvi vários casos de pessoas que falavam que tinham rejeição, rejeição, rejeição, e eu ficava: ai, meu Deus? Quantas vezes ela vai precisar trocar isso? O que que vai acontecer agora? E eu NUNca, nunca, nunca, nunca, nunca precisei sair com ela por causa disso, desde a primeira que foi colocada! Pôs a primeira com três meses, nunca mais mexeu! Tá essa daí perfeitinha, não trocou, não aconteceu mais nada! A cabeça dela não cresceu, não diminuiu, tá do mesmo jeitinho! Nunca tive problema nenhum! Isso também foi o que me confortou bastante, que eu ficava morrendo de medo de... ter um monte de problema e ter que ficar correndo com ela, porque ela usa válvula, pegar infecção também ela nunca pegou, não deu meningite, não deu nada nela, e eu ouvi casos de pessoas que, né? E ela nunca teve nada! O que me estranhou foi essa última queda dela, em 2008, porque ela tava super bem!!! Não tinha nada!!! De repente, ela despenca assim!!! (ar e tom interpretada pela psicóloa como sendo de indignação e falta de entendimento quanto ao porque de a filha ter piorado tanto). Fica ruim! Começa a ter parada em casa, comigo e eu ter que sair correndo com ela e VAMO TER QUE FAZER UMA TRAQUEOSTOMIA NELA! Brevíssimo silêncio, somente a ponto de permitir que a psicóloga perguntasse:

P: Foi de emergência a tráqueo?

C: FOI! Foi assiiim: decidimos que isso era o melhor pra ela, pronto e acabou! Foi...

P: Você lembra o que que veio dentro de você, nesse momento?

C: Nossa, eu tinha muito medo! Tinha muito medo de...acontecer qualquer coisa com ela...éééé...eu fui no médico, levei os resultados de exames tudo, conversei, eu não conhecia a Eliana nessa época, eu conheci a Eliana depois que ela internou lá, da traqueostomia! Aí ela falou: “Não, vou falar com o médico sobre a traqueostomia e você chega em casa, você pensa...” Eu cheguei em casa, eu chorava, desesperada! Ao mesmo tempo que eu queria, eu não queria. Eu não sabia o que ia acontecer com ela! Eu tinha MUlto medo, MUlto medo mesmo! Depois de ter feito a cirurgia, ela veio pra casa, ficou uma semana em casa super bem.

P: E o seu medo era do que? Você consegue identificar do que era?

C: Eu tinha medo de ela colocar a traqueostomia, de ela não aguentar a cirurgia.

P: Da cirurgia em si, então...?

C: Da cirurgia em si...Assim! Eu tive que me CONformar em nunca mais poder ouvir o som dela. Eu tive que me conformar com ouvir o médico dizer que ela ia colocar e nunca mais ia tirar a traqueostomia. Né? Porque tem pessoas que tiram...tudo...mas ela não, ela nunca mais vai tirar! É isso que você tem que pensar também. Entao, eu vou preferir o quê? Ela passando mal e que aconteça alguma coisa com ela ou vou preferir ela aqui em casa comigo, com uma traqueostomia que...ela vai estar numa condição melhor, porque a gente vai estar limpando...nunca mais vou ouvir o som dela? Não! Mas é preferível do que ela ficar pior. Então, daí eu falei: “Vamos!” Vamos fazer! Veio pra casa, uma semana, ficou super bem! Nem parecia! Totalmente bem!

P: E como você lidou? Porque, daí, você que tinha que aspirar (falamos juntas a palavra “aspirar”) e tudo... como que foi isso pra você?

C: Assim! No começo, assim...aspirar, a primeira vez que eu fui aspirar ela, lá no hospital, o cirurgião dela já falou assim: “Você não vai sair daqui comigo enquanto você não aspirar!!” Eu falei assim pra ele: aspirar nariz e boca, o nariz eu não gosto! Aspirar a boca é uma coisa, aspirar dentro da traqueostomia é outra. Aí, enfia a sonda, quando eu sinto que

quando desce, ela aperta a sonda. Nos primeiros dias, assim, nas primeiras semanas, ela chorava, ficava sensível, né? Por causa da cirurgia, nos primeiros dias e semanas, ela chorava.

P: Isso treinando, lá no hospital.

C: É. Os dois dias no hospital treinando. Então, eu aspirava ela chorava. E eu via só as meninas aspirando e eu falava: mas eu preciso aprender! Depois não vai ter ninguém pra fazer por mim. Daí, eu falei: Não! Eu vou fazer! Aí eu já tinha uma prática. Porque eu sabia que ninguém ia fazer por mim. Daí eu peguei, aspirei, eu aprendi, direitinho, pra não acontecer nada, pra não machucar ela, tanto que eu sempre aspirei ela, nunca tinha um sangue, nunca saiu um sangue dela, nunca tirei um sangue dela! Nunca machuquei ela. Sempre quando vai outra pessoa aspirar ela, acaba machucando...ela. Sempre sai sangue, sempre machuca ela. Às vezes ela chora comigo, eu aspirava daí ela não chorava. Então, daí já me confortou mais, porque daí já não tava machucando. Ela chorando, pra mim, tava doendo, então foi uma sensação ruim. Mas depois, eu me acostumei, normal, como hoje, pra mim, é normal eu chegar (risos) e aspirar ela, é mecânico. Aí vou aspirar pronto. Acabou virando uma coisa mecânica, que...não é que você não se importe mais, não é que você não está preocupada se tá doendo ou não, mas é que é tão rotina, você isso tantas vezes por dia, que até já perco as contas e tem dia que eu falo pra ela: eu vou ficar sentada aqui do seu lado, com a sondinha na mão, porque tem dia que fica o tempo inteiro, aquele monte de coisa. Aí eu falo pra ela: (risos) Vou ficar aqui, ó, com a sonda na mão! Outro dia(continuam os risos) eu falei pra ela que eu queria arrumar um negócio pra deixar lá, aspirando ela vinte e quatro horas por dia. Porque é tanta coisa! É muita! É muita! É MUUITA secreção, é MUUITa coisa que ela tem. É muita secreção. Então eu falei pra ela: eu vou arrumar um negócio pra ficar aí, ó, pra ficar te aspirando o tempo inteiro! Ou então, eu vou ficar aqui, o dia inteiro aspirando você, porque é MUIta cooisa!

P: E é constante isso? São mais dias assim?

C: É difícil ela não ter nada...! (risos). Ela nunca teve nada...

P: ah! Ta! Então, geralmente, você fica com a sondinha ali "a postos".

C: (risos) É o teempo inteiro! Eu acabo de aspirar, é o tempo de...não dá dez minutos! É o tempo de tirar tudo lá de novo! Tem hora que, assim, dá mais um tempo, mas tem hooooora... O bom é à noite! Que eu não preciso mexer com ela. Deu dez horas, ela tomou o leitinho dela, eu aspiro, né, primeiro, pra não ter que aspirar depois do leite, pra não voltar tudo, pra não forçar ela, aspiro, faço as bombinhas, faço tudo o que tem que fazer, troco, arrumo ela, ponho ela viradinha pra lá, porque ela gosta de dormir viradinha pra lá, aí viro ela pra lá, aí passo o leite, passo o remédio, vou dormir; aí ela pegou no sono, aí se ela pegou no sono, ela até fica calminha, sem barulho nenhum, mas, outro dia, tava barulhento, eu fui lá, aspirei um pouquinho só, pra não deixar ela tossir, pra não deixar ela vomitar, não deixar voltar comida, né? Daí ela dorme, pronto, acabou! Daí você não escuta mais nada. Ela fica lá quietinha, mas também ela acordou, a casa inteira acorda, que o barulhão sai pra tudo quanto é lado. Ela acorda, aí, rapidinho eu já vou, aspiro ela, deixo ela tranquilinha. Eu vou aspirar ela, deixo ela tranquilinha. Mas, assim, no começo, foi difícil, mas agora...

P: Agora, e esse sentimento de "controle", "eu vou me controlar", "eu vou me controlar"...

C: porque eu não sou assim: eu não sou calma, eu não sou tranqüila, eu sou bem agitada, eu sou nervosa, eu sou terrível mesmo, mas com ela... é totalmente ao contrário, eu sou super calma, me controlo bem, porque...eu já vi várias pessoas que chegam no hospital gritando com o médico: "Você não cuida do meu filho...!" Aí o médico não está nem aí, vira as costas, não está cuidando do seu filho e metendo o pau em você. Então, no hospital, eu já vi isso acontecer! Então, pra quê que eu vou fazer isso? Se eu fizer isso, eu não vou cuidar dela, então, eu vou fazer as coisas direito! Vooouu coom caaalma, conveeerso numa boooaa...Eles me escutam, porque só assim eles te escutam! Você conversaaaando... Você vê que os médicos passam pra falar do período do dia, né, o que aconteceu...Passar o plantão pra mãe, eles falam, falam, eu tenho minhas dúvidas, eu tiro, a gente fica alí, a gente conversa, conversa! Então, tem que ser assim. Adianta chegar gritando? Não adianta! Se eu vejo que tem alguma coisa errada, eu falo! Mas também falo numa boa, não vou gritando...minha mãe já é o contrário! Lá naquele hospital público, porque ela nunca tinha

internado lá, sempre foi naquele outro (particular), então, minha mãe começou a chamar a atenção da médica e a médica rodava, rodava, rodava e voltava no mesmo assunto, falando que não tinha nada a ver e...sempre olhando pra mim, sempre olhando pra mim, sempre falando comigo. Aí a minha mãe já fala alto, ela começou a falar mais alto aí a médica já, né, (risos) cortou, né, na hora. Eu falei pra minha mãe: não é assim, mãe. Você chamou a atenção dela, já aumentou seu tom de voz, não é assim, aí ela ficava rodando, rodando, rodando, você mudava a pergunta e ela falava a mesma coisa. Falei: Não é assim! Você tem que falar com eles direito! Você vai gritar com eles, eles não vão te responder! Por isso tem que ficar bem calma, se tiver dúvida tem que procurar resolver, é a melhor coisa que tem a fazer! Porque tem que tratar bem ela, se não me tratar bem, tudo bem, mas tem que tratar bem ela. Tem que cuidar bem DEla!

P: E como que é pra você? Você se descreve “não calma”, totalmente diferente.

C: É, eu sou bem explosiva.

P: Em relação a outras coisas, né? E como que é esse “se controlar”, o que você sente que te causa? Pelo fato de você dizer assim: “eu tenho que me controlar, eu tenho que ficar caaalma...porque senão ela não vai ser bem tratada! Como você se sente?

C: É, eu já até acostumei! Eu olho assim, eu respiro fundo e fico quieta. Eu acostumei tanto, porque, assim, são tantos anos acontecendo isso que...eu chego assim, nos hospitais...não sei, acho que, também, esse meu jeito de ser calma, de todos os médicos me conhecerem...naquele hospital particular, todo mundo me adorava, todo mundo vinha, conversava comigo: “Ai! Santa mãe, que não sei o quê, pe-pe-pe-pe-pe-pe!” Eu falava: “Mas não é esse o caso! Tem que aprender, tem que fazer... mas esse jeito de ser mais calma com ela, em relação a tudo o que acontece com ela, com ela eu ser mais calma, é que eu, é que eu acho assim: eu vou ficar desesperada? Se eu ficar desesperada, como eu vou sair com ela, daqui pro hospital, se eu vejo ela passando mal? A gente não consegue agir, não consegue fazer...

P: Não consegue, mas, pela sua descrição, por você dizer ser mais explosiva...

C: É que qualquer coisinha que alguém me fale, eu já saio gritando, já saio falando com todo mundo! Agora, com ela não...eu vejo que ela tá, que ela tá assim...era a mesma coisa com o meu vô, quando eu via que ele tava assim, que ele estava passando mal, eu já falava: vamos fazer assim, vamos levar pro hospital...

P: Você sente que essa calma vem naturalmente então?

C: É...é natural, porque eu não fico desesperada, que nem a Eliana achou que eu estava “boiando”, assim, mas, foi o que eu falei: eu tava tão tranqüila que...Ééé...pra mim já tá virando normal tudo o que está acontecendo. Assim...ééé...não é um jeito ruim de falar! “É normal o que está acontecendo!”...

P: Eu entendo. Eu entendo.

C: Ai! Não é um jeito ruim de falar? Normal, assim... Né?

P: Eu entendo...Vai virando uma rotina.

C: É! Uma rotina!

P: Você se acostuma e vai se tornando uma rotina e vai aprendendo a lidar de uma certa maneira.

C: É, pra mim é uma rotina... eu me acostumei e... pra quê que eu vou ficar desesperada?

P: E foi assim desde o princípio?

C: Sempre. Nunca fui assim de ficar nervosa, já era o contrário, quando eu morava com o pai dela, faz três anos que eu me separei dele, quando eu morava com o pai dela, Ele chegava gritando com todo mundo, ele chegava nervoso e eu lá, quieta, calma...Conversava com todo mundo numa boa e ele não: questionando, brigando! Eu falava: “Desse jeito não vai dar certo! Não resolve as coisas desse jeito.” Eu acho que aprendi muito isso desde o meu avô! Porque eu via minha mãe descontrolada com as pessoas e eu via que não dava resultado. Eu via ela brigando com o médico, eu via ela “baixando” no hospital e eu via que não dava resultado! Então, daí, foi desde a época do meu avô, deesde essa época...aprender a ser mais calma, porque nervosa, o que você vai resolver? Não vou conseguir resolver NADA! Pra não falar que eu não fiquei nunca desesperada, eu fiquei! Quando...depois que ela pôs a traqueostomia, que ela voltou uma semana pra casa bem, a

Eliana veio aqui em casa ver ela e disse: “Não! Vamos levar ela pro hospital agora, que ela não está bem!” Que ela estava com febre. “Vamos levar!” Daí eu levei, internou ela, daí ela internou...eu lembro certinho; ela internou numa terça-feira, ela ficou até quinta-feira no quarto e eu falando o tempo todo: “Ela não está bem! Gente, faz alguma coisa! Ela não está bem! Ela não está bem! Ela está só piorando! Ela não está bem! Ela não está melhorando! Ela está PIOrando! Nem estável ela está! Ela está PIOrando!” E eles: “Não, vamos esperar o efeito do remédio, dar as setenta e duas horas... Não sei o quê, não sei o quê...” Está bom! Fiquei quieta! Na sexta-feira de manhã, eu não esqueço, na sexta-feira de manhã, eu estava SENTada na poltrona, só eu e ela no quarto, a televisão ligada, e eu sentada na poltrona e ela na cama, eu sei quando ela está respirando, mesmo prestando atenção NA televisão, eu não ouvi mais a respiração dela, eu olhei nela e ela não estava se mexendo! Aí eu saí coRRENDO mesmo! Aí eu abri a porta do quarto, gritei todo mundo e aí veio a enfermeira e perguntou o que foi e eu falei: “Vem todo mundo em cima dela! O hospital inteiro em cima dela!”

P: O que era o caso mesmo de você fazer...

C: É! Aí SIM! Eu fiquei nervosa, aí eu gritei porque não queriam deixar eu ficar no quarto, os médicos reanimando ela, eu queria ficar com ela! Não me deixavam! Me puxavam! Aí SIM!!! eu fiquei nervosa, eu gritei, porque eu QUERIA ficar com ela e NÃO me deixavam ficar com ela! Mas, do contrário, eu nunca fiz nada assim. Foi só essa vez, que eu acho também que era um direito MEu de querer ficar com ela. Eu VI que ela estava mal, eu VI que ela não estava respirando e me tiram de lá! Queriam me levar lá pro fim do corredor pra conversar com a psicóloga! Eu falei (tom de indignação): “Gente, eu não QUERO conversar! Eu quero ver ela, quero ficar com ela!”

P: É uma dor MUUito grande!

C: Eu QUERO ver o que está acontecendo! Só depois que reanimaram ela, aí depois que a médica me chama e ela vai pra UTI?! Eu falei: “Gente! Eu queria estar com ela! Queria ter visto o que estava acontecendo! Foi a única vez que eu briguei, que eu xinguei, que eu griTEI, que eu falei que eu queria e que não me deixavam. Foi a única vez. Nunca fiz nada assim, de ficar beRRANdo no hospital, nada; sempre fui muito calma, na hora, assim... fomos interrompidas pela campainha e C diz à pessoa que ela pode deixar o que veio trazer na caixa do correio, pois estava conversando com as médicas. Eu digo que estou olhando no relógio por causa do limite de tempo determinado pela equipe para que fôssemos embora. Ela me explica quem era na porta.

P: E em relação ao seu vínculo com ela...

C: Eu digo assim: “É só eu e ela!” Eu vivo POR ela! Então, eu faço tudo...POR ELA. Eu não me vejo, assim, fazendo nada por outra pessoa, ou por mim mesma. Eu faço POR ela. Então eu fico pensando assim: “E quando eu não tiver mais ela? Que que eu vou fazer? Que nem eu te falei, eu acho que eu vou ficar LOUCA, né? Que que eu vou fazer? Vai ser uma PERDA MUUito grande! E eu tenho MUUito medo disso!

P: E é constante esse medo?

C: (fala rápido) Qualquer coisinha!!! Ééé...qualquer coisinha...

P: Qualquer coisa aciona...

C: É qualquer coisa que ela tenha, que ela interna, já...

P: Já aciona o medo?

C: É! Me alerta! A luzinha do alerta já acende! Eu sei que, às vezes, não é nada, mas eu já fico com medo. Porque, pra quem estava bem, pega uma infecção hospitalar, ela pode muito bem piorar de uma hora pra outra! Então, eu fico sempre com medo e QUALQUER coisinha que acontece com ela, eu MOOorro de medo! E também a questão nem é isso, dela piorar e ficar mais tempo no hospital, eu também tenho medo, mas não é o mesmo medo que eu perder ela, porque, ela ficando em hospital, eu fico lá com ela, todo dia. Porque ela estando no hospital, eu ainda tenho ela, eu estou indo lá todo dia, estou vendo ela. Agora, tudo...e quando eu não tiver mais ela? Eu nunca mais vou ver ela, nunca mais vou ver as coisas dela, e eu vou fazer o quê? O medo que eu mais tenho é esse, de perder ela, de não ter mais ela, de perder ela, de nunca mais ter ela. Tenho MUUUIto medo!! As

peessoas vivem falando que ela não vai viver pra sempre, que “não sei o quê”, que “você tem que se conformar”. Eu falo: “Gente, é claro que eu vou me conformar!”

P: Ninguém vai viver pra sempre.

C: É! Ninguém vai viver pra sempre, né? Ninguém sabe o dia de amanhã! Posso morrer amanhã! Ninguém sabe o que vai acontecer! Mas eu tenho medo! Eu tinha medo de perder meu avô, não vou ter medo de perder ela?

P: Hum, hum, claro.

C: Eu morro de medo sim! A saúde dela é muito fraca; qualquer coisinha ela está ruim, qualquer coisinha, ela está doente, qualquer coisinha, ela está em hospital!

P: Você pensa nisso com muita frequência ou é mais nesses momentos?

C: É só quando ela VAI pro hospital! Antes eu não tinha tanto medo, mas depois da traqueostomia dela, depois desse muito tempo de hospital, depois de tudo o que aconteceu com ela, depois de eu ter visto ela no quarto parando, depois de TUDO isso que aconteceu, que eu tive mais medo. Antes eu não tinha. Depois daquele negócio dos cinco anos de idade que aquela mulher ficava falando pra mim, depois que passou aquilo lá, eu não tinha mais medo, mas depois da traqueostomia, aí meu medo voltou e voltou bem alerta mesmo!! Qualquer coisinha, agora, eu já fico já alerta morrendo de medo de acontecer alguma coisa. Eles falam: “Não vai acontecer nada!” Aí eu falo: “Mas eu estou com Medo!! Que nem anestesia geral: quantas pessoas não morreram por causa de anestesia geral? Qualquer coisinha...É só na boca? Mas não pode o médico fazer alguma coisa errada? Não sei, eu tenho medo. Eu tenho que pensar na parte que pode acontecer de errado, não posso só ficar pensando que vai dar tudo certo. Claro que eu não quero que aconteça, mas... eu tenho que pensar nas duas possibilidades. Antes eu não tinha medo não, mas, depois...

P: Você sente que foi aumentando esse medo?

C: É. Depois dessa vez lá no hospital, aí eu fico com medo mesmo. Qualquer coisinha eu tenho medo. (risos) eu estava meio na “nóia”, sim, mas, ao mesmo tempo que eu estava com medo, porque eu vi que ela não estava bem. Cheguei lá no hospital, a médica não fez o que era pra fazer! Não pôs ela na UTI, largou ela lá no corredor, lá embaixo, na recepção, no pronto socorro, aí eu vendo a menina piorando...eu acho que a Eliana estranhou meu jeito! Porque eu estava calma, parecia que eu estava mesmo na “nóia”, como ela achou que eu estava.

P: Você se sentia como se estivesse “chocada”?

C: É! Aí chega lá a médica não faz o que tinha que fazer! Aí vem a enfermeira, e fala que também acha que ela não estava bem, que tinha alguma coisa errada. A enfermeira fala com a médica, chama a atenção da médica, pra ela fazer alguma coisa! Daí, também, eu já tenho medo, porque a médica não está fazendo a parte dela, a menina está piorando, uma enfermeira tem que vir chamar a atenção da médica, aí eu fiquei com medo; nesse dia, eu fiquei morrendo de medo, da médica não fazer o que ela tinha que fazer logo.

P: Que mais você sentiu?

C: tem hora que dá vontade de socar as médicas (risos). Eu falei: “Gente! A Eliana FALOU com ela!”- eu falei pra enfermeira, né? -“Que que essa mulher está fazendo aqui, que não põe essa menina na UTI, que a Eliana falou! Ainda vem aqui e fala que a menina está bem?” Só que aí eu fiquei “Pensa... Não fala...” E aí eu fiquei quietinha! Porque se eu falar! Então é melhor ficar quieta. É melhor ficar QUIEEETA...Falo boazinha com todo mundo!

P: Sabe o que eu fico pensando? Nessa questão desse controle que você sente que precisa ter e realmente... faz sentido realmente,

C: É, tem que ter...

P: E eu fico pensando em VOCÊ, DEPOIS. Você já parou pra pensar em tanto auto-controle, em uma situação dessa, tão dolorosa, que traz uma sensação de impotência, né, porque a vontade é de “avançar no pescoço”, mas, “Não! Eu preciso manter meu controle!” E depois de você conseguir manter o controle, você sente alguma consequência em você?

C: Sabe que não? Porque, assim; eu fiquei calma, aí eu vi que deu resultado, eu vi que a médica fez o que eu tinha certeza que era o certo e que ela sabia que era o que devia ser feito, aí parece que eu me alivio, sabe? Parece que saiu um peso das costas...eu sinto o meu coração acelerado, sabe? Isso durante, até eu ver que teve resultado, eu vendo que

teve resultado, aí me alivia. Que nem no dia que a pediatra não fez o que tinha que fazer, por fora eu não estava demonstrando nada, mas por dentro, eu estava desesperada. A hora que levaram ela pra UTI, que eu estava sentada, esperando a médica vir falar comigo, parecia que tinha saído um peso das minhas costas, eu estava leve! Eu estava bem mais tranqüila, porque eu vi que ela estava sendo cuidada, com o aparelho fazendo o servicinho pra ela lá, pra ela ficar calminha, aí eu vi que teve resultado, e eu acalmei. Só me acalmo quando vejo o resultado, senão...

P: Ia estar se consumindo por dentro?

C: Ia! Ia estar querendo fazer o serviço do médico, que às vezes, dá vontade de fazer o serviço dele! Naquele hospital particular mesmo; os médicos viram, só depois de muitas vezes, que tudo o que eu falava, dava certo. Depois de eu falar tanto! Como da coMIIlda! Eu falava: "Tira essa comida dela!" Quando tiraram, parou toda a diarréia, tudo!

P: Enquanto você não era atendida, nessas coisas, o que você sentia? Quando você NÃO ERA! Porque foram várias internações pra te atender ali?

C: É...Eles faziam...Faziam e não faziam, né? Porque eles faziam o que queriam, porque, uma semana de internação, uma semana ela passando mal com a COMIIDA...

P: E você?

C: Eu tinha vontade de EU fazer! De levar de casa! E jogar tudo aquilo lá fora, e arrancar tudo aquilo lá dela e levar comida de casa! Porque eu fiz eles entenderem que, como ela não passa mal com a comida que eu dou em casa e com a do hospital ela passava? Porque se ela fosse passar mal com qualquer tipo de comida, ela ia passar mal com a comida que eu DOU. Não acontece nada com ela! Porque, o que que acontece? Tira! Faz assim! Faz igual eu faço em casa! Uma hora é uma comida, outra hora é outra comida...Faz assim! Vê se ela não melhorou? Na primeira troca de comida, ela melhorou! É que nem punsionar veia nela! Assim, judiaram bastante dela. É... nessa hora, tem muita mãe que fica desesperada de ver furando o filho, né? Eu também fico calma nessa hora, porque...eu sei que é ruim pra ela, é dolorido pra ela, mas...é o que TEM que ser feito. (tom da voz abaixa, denotando tristeza). E eu não posso fazer nada. Não tem outro jeito de tomar remédio. Não tem outro jeito de tirar sangue! Não tem outro jeito de fazer nada!! É AQUELE jeito! Então, eu deixo as enfermeiras fazer o serviço delas...fez...ééé'...aqui no hospital particular, as enfermeiras eram assim: "Eu tenho três chances, Mari, mas vamos fazer na primeira; não deu certo a primeira, faz a segunda; não deu certo, vai pra terceira; não deu certo, CHEga! Acabou! A técnica. Aí, chamava a enfermeira-chefe. Não conseguiu? "Ai, não consigo!" Então, dá um tempo pra ela...Vamos ver a médica. Ia pulando de cargo, pra ver se alguém conseguia. Não conseguiu? Dá um tempo pra ela, passava um tempo pra ela, vinha outra pessoa. Ela nunca ficou marcada. Agora, do hospital público, eu não gostei porque ela está marcada até hoje! As marcas de furos nela estão até hoje, os roxinhos na pele dela estão até hoje! A jugular dela está com os sete pontinhos até hoje. Uma coisa que eu não gostei: raspam a cabeça dela e (fala bem rápido) bem do lado da válvula.

P: O que você sentiu com isso?

C: Eu fiquei com vontade de arrebentar todo mundo lá! Porque, quando eu estava lá, não fizeram isso. Esperaram eu vir embora, à noite, porque não podia ficar com ela à noite, esperaram eu vir embora pra fazer! A hora que eu cheguei lá no outro dia de manhã, ela estava SEDADA, porque eu acho que sedação, é uma coisa que você precisa pelo menos comunicar, né? Pelo menos comunicar, né? E raspada a cabeça dela, a METADE! Depois eu tive que cortar o cabelo dela, que nem menininho, meu! Curto no último! Pra igualar. A hora que eu cheguei, que eu vi ela INCHADA. Ela estava horrível! Hor-rível! Até EU fiquei apavorada de ver ela. Eu tive vontade de sair correndo! Eu liguei em casa e falei pra minha mãe: "Mãe! Eu estou com vontade de sair correndo daqui e sumir! Porque a hora que eu vi ela, ela estava com uma cara enorme, inchada! É...dormindo, porque ela estava sedada e metade da cabeça raspada! Aquilo me deu um... ao mesmo tempo que me dava vontade de sair batendo em todo mundo, me deu vontade de sair correndo! Porque...(com voz mais aguda) eu não queria ver aquilo!! Ela estava muito FEla! Ela estava hoRRÍvel! Nem perguntaram pra mim se podia fazer aquilo com ela! Ainda se eles tivessem raspado no outro lado que não é o da válvula, eu não ia me importar muito, mas raspam justo o lado

da válvula, que é bem alto; só de encostar aqui assim, eu sinto a válvula dela, eu sinto o cano todinho da válvula dela, passando por ela. E se uma agulha perfura? Aí todo mundo fala: “Aiiii, você pensa só o pior!” aí eu falo: “Não, não é que eu penso o pior, é que pode acontecer!” Você está pegando uma veia, aí você tem que afundar mais a agulha, aí você afunda a agulha e ela vai pra onde? Se fura, quem que daí, vai assumir as consequências de ter que colocar ela numa mesa de cirurgia pra poder trocar? Ninguém, né? Aí todo mundo vai falar: “Foi um acidente!” Se falarem que foi, né? Porque eles podem muito bem falar que o problema dela é na válvula. Ninguém vai me contar nada. Se for uma pessoa leiga, aceita! É que nem a sedação, ninguém me falou nada! EU VI, porque a máquina da sedação estava ali, do lado dela, correndo soro. Aí eu falei: “Ela está sedada?!” Aí me falaram: “Ela está sedada, mãe, você não sabia?” – “Não, eu não sabia! Ninguém me falou nada que ela estava sedada!” Fui super... sabe? Por dentro, eu estava querendo estourar, xingar todos os médicos, porque fizeram isso com ela! Mas por fora, eu estava supeeer caalma. Eu perguntei porque ela estava sedada: “Aí, é porque ela estava muito agitada!” Eu falei: “Não, ela não é agitada! Eu estou estranhando, porque ela nunca foi agitada. Ela já ficou internada a vida inteira e nunca aconteceu isso!” Sabe assim? Super caalma... aí eles falaram: “Não, mas a gente vai tirar, vai tirando, aos poucos...” e eu: “Ah, tá. Tá bom...” a hora que eu não agüentei MAIS, que eu vi que eles só estavam aumentando a sedação dela, eu falei com a Eliana. Por que que a Eliana ligou lá e tiraram? E comigo, eles não estavam tirando? Eu falando pra tirar, eu falando pra tirar, eu falando pra tirar, e eles sem tirar a sedação dela?! E ela, inchando, inchando. Aí eu tive que falar com a Eliana. Aí, a hora que eu chego: “Qual é a sua dúvida, mãe?” Eu falei: “Não, doutor, eu não tenho dúvida. Eu não gostei de terem feito isso, isso, isso com ela.” - “Ah, então pode ficar sossegada, porque a gente tirou.” Ali, agora, eles estão começando a aprender a me ouvir. Porque eu tenho CERteza, eu tenho CERteza que, se fosse no outro hospital, eles não iam raspar a cabeça dela. Porque as meninas, lá, nunca encostaram a mão na cabeça dela pra pegar UMA veia ali; não iam ter furado ela do jeito que furaram ela. É, porque, quando não conseguiram pegar uma veia nela, eles fizeram uma flebotomia nela. Eu SEEI que acaba...eu sei que são poucas, mas quando ela está nesta situação, que ela está RUIM, RUIM mesmo, é a única opção. Não iam judiar tanto dela assim. Eu sei que eles NÃO IAM fazer isso com ela! Só que eu não posso fazer nada! Ela perdeu! O pai dela não quer saber de...

P: Perdeu o convênio?

C: É, porque, assim, ela era de uma empresa, onde o avô dela trabalha. É porque estava errado, porque ela estava como filha do avô e isso não existe, né? Aí, descobriram, tirou, tudo, depois dessa última internação que ficou super cara, tiraram. Só que agora o pai dela, está trabalhando nessa empresa. É direito dela como é direito do trabalhador e do dependente do trabalhador! E o dono da empresa não quer, porque o dono da empresa é braço direito do avô dela. O avô dela trabalha lá faz trinta anos, ele faz TUDO pra ele. O dono da empresa não QUER pôr ELA.

P: E você acostumou muito, né, com o outro hospital.

C: Eu acostuMEEI, porque todo mundo acostumou com ELA! No hospital público, ela não sorriu pra ninguém! E no particular, ela escuta a voz de todo mundo, ela dá risada. E não precisa ser só enfermeira não! É copeira, pessoal que limpa o quarto, os porteiros, que eu passo com ela na guarita... todo mundo sabe que eu estou lá com ela! É uma coisa que são todos esses anos, que todo mundo acostumou com ela! (tom de entusiasmo) Todo mundo conversa com ela, ela sorri, e ela dá risada! Agora...ali não! Lá é todo mundo seco...eu acho que, pra trabalhar com criança...eu queria que todo mundo tratasse bem dela, ficasse brincando com ela, fazendo ela dar risada. Ali não.

P: Você está falando uma coisa fundamental, que é o valor do vínculo, né?

C: É! Porque...

P: De formação de vínculo, porque já eram pessoas estranhas...

C: É. Tanto pra ela, como pra mim! Porque lá eu confio de olho fechado em qualquer um! Demoraram, mas aprenderam!

P: Formou o vínculo, né? Formou o vínculo satisfatório...

C: É, eu tenho uma amiga de lá que me liga pra saber DEla. Ela pergunta pra saber dela...sabe? ela dá risada pra TODO mundo lá! Todo mundo pergunta... Agora ali...achei todo mundo seco! Achei todo mundo muito...por se tratar de uma criança...

P: Por ser a primeira vez, algo assim, talvez, mas mesmo assim, a sensação é de estar sem chão, né?

C: É, porque você não sabe onde você está pisando! O que estão fazendo?! Você não sabe o que eles estão fazendo!! Cada hora um médico vinha e falava uma coisa! Eles não entravam num consenso e não faziam a coisa certa! Né?! Daí fica difícil, cada um falar uma coisa! Ainda falei pra uma Dra. Que, se fosse uma pessoa leiga, cada um fala uma coisa, não ia nem entender nada! Mas eu entendo! Então pra mim, tem que vir e falar o que é certo! Falar o que está acontecendo de verdade com ela! Um fala uma coisa, outro fala outra, outro fala outra...não adianta esconder de mim o que está acontecendo! O que tem que falar, fala e acabou! Eu aprendi muito assim. Eu aprendi MUITO, muito, muito, muito, muito, com ela! Tanto que esses dias, eu estava falando pra minha manicure, que eu aprendi ver a vida diferente depois dela. Porque antes eu não dava importância pra nada. Assim, nunca fui de ficar saindo por aí, sempre fui de ficar em casa, cuidei do meu avô a minha vida INTEIRA. Cuidava da minha avó...

P: Pequena, bem dizer, né?

C: Eu tinha dez anos. Meu pai e minha mãe trabalhavam, a minha irmã, eu sou seis anos mais velha que ela, então, eu tinha ELA pra cuidar, eu tinha ELA pra levar pra escola, eu tinha meu avô e minha avó, eu tinha a casa da frente e a casa de trás pra limpar, desde os meus dez anos. Então, era EU pra fazer isso. Desde os meus dez anos. Sempre, a vida inteira. Eu tinha dez anos, eu comecei a dormir aqui (na sala). Eu não sabia o que era meu quarto, minha cama, minha casa. Eu dormia aqui. O quarto era da minha avó, porque minha avó chamava a noite inteira pra levantar ela. Então era assim: meu avô e minha avó na cama e eu colocava o colchão no chão. Sempre foi assim. Sempre! Minha mãe saía, podia ser pro que for, podia ser pra um aniversário, podia ser pra uma festa, pro que for, eu não ia. Eu ficava aqui, porque os dois não podia deixar sozinho. Mesmo antes do avô ter o derrame, porque, senão, os dois se pegavam aqui, então não podia.

P: Então, já era VOCÊ ou VOCÊ, desde essa época.

C: É. Desde sempre! Sempre foi ou eu ou eu, a vida inteira!! Todo mundo fala que minha mãe deixou muita responsabilidade pra mim. Tem hora que eu acho ruim, mas tem hora que eu acho bom. Porque, se eu não tivesse aprendido isso desde sempre, desde nova, acho que hoje eu não teria capacidade pra cuidar dela. Porque... eu fiquei grávida dela com QUINZE anos. Uma menina de quinze anos. Grávida. Com uma criança deficiente. Passar por tudo o que ela passou e eu junto com ela e tinha que ser eu, porque. É o que eu falo: Eu NUNCA vou deixar ELA com NINGUÉM!!! A não ser eu! Hospital, se tiver que ficar, de noite, pode ser um ano! EU vou ficar! Minha mãe nunca ficou, meu pai nunca ficou, a avó dela lá, o avô, nunca ficou, nunca deixei. No hospital particular, eu posso entrar a hora que eu quero. No outro, tem hora! Eu ficava mais apavorada ainda por causa da hora que eu tinha que entrar e a hora que eu tinha que sair. Aí eu tinha que trabalhar, aí eu tinha que ir lá só à tarde! Aí eu ficava esperando pra entrar no horário da visita da noite... Eu queria ficar com ela!! Eu não deixo NINGUÉM ficar com ela! Nem no horário da visita, eu não falo pros avós dela (paternos), porque eu não quero eles lá!

C: E qual a necessidade que você sente...

P: Porque eu acho assim: pra quem entra aqui e fala “oi, Marizinha e tchau”, a visita deles não dá cinco minutos. Meu pai fala: “Os médicos já foram embora?” Porque até a Eliana e as outras da equipe ficam aqui até quarenta minutos, uma hora. E a visita deles é de dois a cinco minutos! A vó o vó e o pai! O pai ainda é pior, porque o vó quer ficar, porque ele sempre foi chegado nela, assim, sempre gostou muito dela. Mas ela fica puxando ele. Porque eu já falei que punha ela no colo dele. Meus pais não pega porque têm medo. Minha mãe pega um pouco. Mas aí, a vó dela fica puxando ele e não deixa ele pegar ela. Então, eu acho assim, se é pra fazer isso em casa, não precisa fazer isso no hospital também! Só um horarinho está ótimo! Eu falo que é só tal dia só tal horário! E pro pai a mesma coisa. Entao é só a MÃÃÃEE que pode em todos os outros horários.

P: Então, venceu o nosso horário (rimos juntas), com elas (a equipe). Você gostaria que eu voltaasse, gostaria de me contar mais alguma coisa...

C: Ai, não sei! Sei lá, o que você quiser saber...

P: Não, assim, por você! Se você sentir vontade de me dizer mais alguma coisa...ou você já sente que me disse tudo aquilo que você gostaria mesmo...porque eu posso voltar, se você quiser. E outra coisa é que, se você quiser um encaminhamento para você ter o SEU espaço. Entende? Porque, muitas vezes, é importante, entende? Diante de tudo isso que você tem vivido...Para uma psicóloga, que te ouça, com profissionais que te atendam gratuitamente, que estejam fazendo uma especialização.

C: Não sei, não sei mesmo... Mas eu não sinto essa necessidade! Eu nunca tive dificuldade com ela, nunca me deprimi. Então eu acho que eu não preciso.

P: Mas você fique à vontade pra me dizer, se quer que eu volte...Por você, por que quanto ao meu trabalho eu já fiz.

C: Não, pra mim, ta tranquilo...

P: Você está bem, com as coisas que conversamos?

C: Super bem!!

P: então fique à vontade pra me ligar, porque estou à disposição, certo?

A psicóloga e a participante da pesquisa despedem-se, combinando que, se necessário, a segunda entrará em contato com a profissional.

Anexo B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, intitulada **Experiências vinculares entre mães e crianças em UTIs domiciliares** está sendo desenvolvida como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Psicologia pela Psicóloga Letícia Kancelkis Porta, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas. Apresenta como objetivo geral demonstrar e compreender a importância e a força dos vínculos mãe-filho em situações nas quais se faz necessário o atendimento especializado de uma UTI (domiciliar) voltado a este último. Os objetivos específicos são: por meio de relatos de mães, cujos filhos encontram-se em UTI domiciliar, a respeito dos vínculos estabelecidos entre eles: 1. analisar significados simbólicos de tais relatos; 2. alcançar uma compreensão psicanalítica, sob o ponto de vista vincular, de fenômenos psíquicos produzidos na díade mãe-filho; 3. avaliar a condição afetiva da mãe, bem como de suas necessidades emocionais; 4. supor possíveis intervenções frente a isto.

Para efetivação do estudo, será necessário realizar os registros das falas das participantes, os quais serão feitos pela própria psicóloga pesquisadora, logo após as experiências, que serão gravadas. Será mantido o sigilo quanto aos dados de identificação das participantes.

A participação nesta pesquisa não implica em riscos, de modo que ela será realizada na própria residência das participantes, com a realização de uma entrevista aberta, sem que seja alterada qualquer condição, neste contexto. A participante poderá recusar-se a participar do estudo ou solicitar a retirada de seu consentimento a qualquer momento ao longo do processo de efetivação da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos no endereço eletrônico leticiakpt@terra.com.br ou no telefone (19) 91288442, bem como no telefone de contato do Comitê de Ética em Pesquisa (19) 3343-6777 ou pelo email comitedeetica@puc-campinas.edu.br.

Letícia Kancelkis Porta
CRP 06/58700-6

Eu, _____ RG _____ abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____
