



Fundação Edson Queiroz
Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Mestrado em Psicologia

WECIA MUALEM SOUSA DE MORAES

**Os sentidos da cardiopatia congênita na relação
mãe-filho: contribuições psicanalíticas de Winnicott**

Fortaleza – Ceará

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

WECIA MUALEM SOUSA DE MORAES

**Os sentidos da cardiopatia congênita na relação
mãe-filho: contribuições psicanalíticas de Winnicott**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Psicologia da Universidade de
Fortaleza – UNIFOR, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos

Orientadora: Prof^ª. Dra. Leônia Cavalcante Teixeira
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Fortaleza
Universidade de Fortaleza – UNIFOR
2007

M827s Moraes, Wecia Mualem Sousa de.

Os sentidos da cardiopatia congênita na relação mãe-filho : contribuições psicanalíticas de Winnicott / Wecia Mualem Sousa de Moraes . - 2007.

94 f.

Cópia de computador.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2007.

“Orientação : Profa. Dra. Leônia Cavalcante Teixeira.”

1. Comportamento (Psicologia). 2. Cardiopatias congênitas. 3. Psicanálise.
4. Relação mãe-filho. I. Título.

CDU 159.9.019.4



Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Mestrado em Psicologia
Estudos Psicanalíticos: Sujeito, Sofrimento Psíquico
e Contemporaneidade

Dissertação intitulada “*Os sentidos da cardiopatia congênita na relação mãe-filho: contribuições psicanalíticas de Winnicott*”, de autoria da mestranda Wecia Mualem Sousa de Moraes, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Leônia Cavalcante Teixeira

Profa. Dra. Leônia Cavalcante Teixeira – UNIFOR – Orientadora

Ana Maria Vieira Lage

Profa. Dra. Ana Maria Vieira Lage – UFC

Karla Patricia Holanda Martins

Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins – UNIFOR

[Assinatura]

Prof. Dr. HENRIQUE FIGUEIREDO CARNEIRO
Coordenador do Curso de Mestrado em Psicologia – UNIFOR

Fortaleza, 19 de dezembro de 2007

A DEUS, que me sustenta...

Ao meu marido, Jefferson, pelo companheirismo, cumplicidade, paciência e amor em todos os momentos de dores e alegrias em nossas vidas, e por compartilhar a nossa falta juntos.

A minha família, por todos estarem satisfeitos com as minhas conquistas acadêmicas.

A minha sogra, Lourdes, por seu apoio e serenidade.

Ao meu analista, Antônio Secundo, por me ajudar, há tanto tempo, a trilhar os caminhos do meu inconsciente.

Aos pacientes e suas famílias que passam pela dolorosa e angustiante experiência de enfrentar uma cardiopatia congênita.

AGRADECIMENTOS

Em especial à Profa. Dra. Leônia Cavalcante Teixeira, pelas orientações, apoio, paciência e acolhida durante todo o mestrado, tornando possível a conclusão deste trabalho.

Às Professoras Dra. Ana Lage e Dra. Karla Patrícia, pelas orientações significativas que fizeram ao meu trabalho na qualificação, e por aceitarem tão gentilmente meu convite para participar da banca de defesa.

Ao Prof. Dr. Daniel Kupperman, pelo exemplo de saber e admiração acadêmica.

Aos professores do Mestrado e à Coordenação do Mestrado em Psicologia, na pessoa do Professor Dr. Henrique Figueiredo Carneiro, pela acolhida no momento difícil.

A Taciana, secretária do mestrado, pela disponibilidade, simpatia e responsabilidade com que sempre me atendeu.

Ao Instituto de Cardiologia Fetal do Rio Grande do Sul, nas pessoas do Dr. Paulo Zielinski (coordenador do serviço) e Dr. Sérgio Galbinski (obstetra), pelo acolhimento e apoio oferecidos pontualmente.

As psicólogas gaúchas Caroline e Daniela (Hospital Mãe de Deus), pela escuta precisa e decisiva.

A Dra. Marilena Gondim pela orientação oferecida.

Ao Instituto do Coração da Criança e do Adolescente (Incor – Criança), por permitir a realização da pesquisa nas pessoas do Dr. Valdeste Cavalcante (coordenador do serviço e cirurgião-cardíaco), Arismênia (terapeuta-ocupacional) e Ana Maria (secretária), que sempre estiveram disponíveis para colaborar e apoiar este trabalho.

Às mães deste estudo, que compartilharam comigo as suas histórias e me possibilitaram entender melhor as peculiaridades da cardiopatia congênita.

À FUNCAP pelo apoio financeiro.

Meu filho... Vida que pulsou no meu ventre por 33 semanas, que me fez sentir:
Mãe, Mulher, Menina...
Potente e Impotente...
Forte e Fraca...
Feliz e Infeliz...
Viva e Morta
Quanta ambivalência!

Sentir o teu movimento e ouvir o teu coraçãozinho junto ao meu, foi um estado de
êxtase.

Você me tornou mãe, me enobreceu, me trouxe a dor e a alegria desse momento...
Filho, meu filho que deixou a sua marca visceral em mim, onde levarei à eternidade
como símbolo do que é ser verdadeiramente mãe, mulher, guerreira, castrada,
humana...

Meu corpo doeu, minha alma ardeu em chamas. Que real doloroso! Resistiu?
Faria tudo novamente meu filho, somente para sentir a intensidade dessa relação
indescritível, imensurável, faltosa, faltante, ausente, presente, pulsar forte dentro das
minhas entranhas.

Meu filho, meu anjo Lucas Gabriel obrigada pelo rico e doloroso, curto e intenso
aprendizado de te maternar e amar por toda a vida...
Os nossos corações estão unidos em um só coração!

Wecia Mualem Sousa de Moraes

“(...) Eu somente passei para o outro lado do caminho. Eu sou eu, Vocês são vocês, O que eu era pra vocês eu continuarei sendo. Dêem-me o nome que vocês sempre me deram, falem comigo como vocês sempre falaram. Vocês continuam vivendo no mundo das criaturas, eu estou vivendo no mundo do criador. Não utilizem um tom solene ou triste, continuem a rir daquilo que nos faziam rir juntos. Rezem, sorriam, pensem em mim. Rezem por mim. Que meu nome seja pronunciado como sempre foi, sem ênfase de nenhum tipo. Sem nenhum traço de sombra ou tristeza. A vida significa tudo o que ela sempre significou, o fio não foi cortado. Por que eu estarei fora dos seus pensamentos, agora que estou apenas fora das suas vistas? Eu não estou longe, apenas estou do outro lado do caminho... Você que aí ficou, siga em frente, a vida continua, linda e bela como sempre foi.”

Santo Agostinho

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo compreender o papel da mãe na relação com o seu filho cardiopata congênito. *A priori*, foi realizado o estudo dos aspectos biomédicos das cardiopatias congênitas e suas implicações subjetivas. Baseado na teoria psicanalítica winnicottiana, compreendem-se a relação mãe-filho e os sentidos da cardiopatia congênita na relação mãe-filho. Os resultados revelaram temas relacionados à forma como as mães se adaptaram à sua gravidez, o diagnóstico e a situação de ter um filho com uma cardiopatia congênita. Como suporte nesses fatos, este estudo propõe que, tal como o filho, a mãe precisa ser cuidada psiquicamente. Para tal, é essencial cuidar também de seu meio-ambiente, tal como nos ensina Winnicott, para que ela possa assim, ressignificar o seu olhar sobre o filho e as vicissitudes de seu existir.

Palavras-chave: Cardiologia, medicina, psicanálise, relação mãe-filho, Winnicott.

ABSTRACT

This paperwork looks at learning the role of a mother in the relationship with her congenital cardiac child. Primarily, a study to congenital cardiac biomedical aspects and its subjective implications was performed. Winnicott-based psychoanalytic theory comprehends the mother-child relationship and the congenital cardiac senses in the mother-child relationship. Results revealed themes related to the way mothers have adapted to their pregnancy, diagnosis and to the situation of having a child with a congenital cardiopathy. Supported on those facts, this study proposes that the mother, like the child, needs to be psychologically taken care of. Therefore, it is also essential to take care of her environment, as Winnicott teaches us, so that she will be able to re-mean her look over the child and the vicissitudes of her being.

Keywords: Cardiology, medicine, psychoanalysis, mother-child relationship, Winnicott.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Capítulo 1 - ASPECTOS BIOMÉDICOS DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS:UMA REVISÃO	21
1.1 Gravidez e Cardiopatia Congênita	21
1.2 Contribuições Oriundas da Etiologia	23
1.2.1 Fatores de Risco	25
1.2.2 Risco Familiar	26
1.2.3 Risco Materno	27
1.2.4 Risco Ambiental	27
1.2.5 Risco Fetal	28
1.3 Diagnóstico e Prognóstico	30
1.4 Terapêutica	32
1.5 Implicações Subjetivas das Intervenções Biomédicas	34
Capítulo 2 - A RELAÇÃO MÃE-FILHO E SUAS IMPLICAÇÕES NA CONSTITUIÇÃO DO CORPO: UM OLHAR WINNICOTTIANO	41
2.1 A Relação Mãe-Filho	42
2.2 A Constituição do Psicossoma	49
CAPÍTULO 3 - OS SENTIDOS DA CARDIOPATIA CONGÊNITA NA RELAÇÃO MÃE-FILHO	56
3.1 A Gravidez nas Palavras da Mãe	61
3.1.1 Descobrendo a Cardiopatia	61
3.1.2 O Diagnóstico e suas Implicações Subjetivas	66

3.2 A Perda do Filho do Desejo	68
3.2.1 O Filho do Desejo, o Filho com Cardiopatia Congênita e o Tratamento Médico e Cirúrgico	69
3.2.2 Sentimentos e Comportamentos da Mãe em Relação ao seu Filho .	70
3.3 Apelo a um Terceiro: Médico, Deus, Pai	75
3.3.1 Apelo à Ciência	76
3.3.2 Apelo a Deus	77
3.3.3 Apelo ao Pai	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	95

INTRODUÇÃO

A escolha do tema desta pesquisa foi suscitada da experiência clínica com situação de risco de morte, como psicóloga hospitalar, o qual aconteceu em um hospital terciário de Fortaleza com pacientes cardiopatas em clínicas médicas e cirúrgicas e UTI cardiológica, e o atual trabalho voluntário no Instituto do Coração da Criança e do Adolescente – (Incor-Criança). Além da escuta das famílias de crianças cardiopatas e de pesquisas desenvolvidas no âmbito hospitalar, relacionadas à temática da cardiopatia congênita, interessamo-nos em continuar a trilhar pelas vias do adoecimento cardiológico, desenvolvendo uma pesquisa de maior abrangência acadêmica. Mediante esta escuta realizada durante as entrevistas com as mães, foi notória e freqüente a presença de conteúdos psíquicos maternos não elaborados que abrangem as mudanças corporais à cirurgia cardíaca de seus filhos, “medo do coração não agüentar” a cirurgia e, conseqüentemente, da morte iminente. Fantasias foram expostas por estas mães em relação aos seus filhos, referentes ao coração doente. Como suporte na representação do coração, abordamos a temática em Cardiopediatria, considerando o rico simbolismo referente ao coração e as experiências do humano em seus aspectos histórico-culturais.

Esta pesquisa tem a pretensão de contemplar uma área da Cardiopediatria, que apresenta como carro-chefe a cardiopatia congênita – CC, que é uma doença na qual há anormalidade de estrutura ou função do coração que está presente ao nascimento, mesmo que a descoberta seja muito mais tarde. É importante salientar que a patologia, quando não diagnosticada e tratada em tempo adequado, deixa seqüelas que diminuem a qualidade de vida das crianças.

O coração é objeto de estudo por parte de ciências diversas, como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia, a Psicanálise, bem como é alvo do pensamento filosófico, sendo compreendido segundo múltiplas visões que se complementam.

A palavra coração tem origem grega, vem de *kardia*, que se desenvolve para os termos: cardíaco, pericárdio e outras dicções médicas. “*Cor*” do latim, desenvolve-se para cordial, acordar, concordar, discordar, recordar recurso, coragem, misericórdia.

Sede da paixão, morada da alma, âmago pulsante de cultos e tabus culturais, o coração tem uma história tão longa quanto complexa, além de algumas vezes sórdida (Doueihi, 1999). O coração humano atravessa costumes, lendas, religião e literatura, desde a Antigüidade até a Idade Moderna. É interessante a análise de Doueihi (1999), em “Histórias perversas do coração humano”, sobre as representações do coração, tanto como órgão privilegiado do corpo como algo que pode ser devorado por esse corpo.

Segundo Doueihi (1999), na história, há relatos macabros sobre o coração, dos mitos gregos, que vão da Idade Média ao século XVII, além da religião como um papel decisivo nas lendas do coração, explicadas pelo mistério eucarístico – ingestão mística e mágica do corpo de Cristo. Com a descoberta da fisiologia e da circulação sangüínea, o coração perde seu lugar simbólico, embora mais tarde tivessem aberto ao coração os caminhos sutis da inteligência intuitiva: “O coração tem razões que a própria razão desconhece”.

Já desde o começo da humanidade, o homem representou o coração como centro de todo o seu organismo. Viajando pela história, vemos que, cerca de 15000 anos a.C, o homem pré-histórico já reconhecia como tal, em desenhos nas

cavernas. Já os hindus, 6000 anos a.C, representam um coração transpassado por uma flecha como símbolo do amor. Algum tempo depois, os gregos adotaram esse símbolo, representando o seu Deus amor, Cupido, que persiste até hoje (Doueih, 1999).

Há um grande desafio em pesquisar o sistema cardiológico, constituindo um dos órgãos mais estudados no contexto atual (Oliveira, 1995). A palavra “coração” sugere de imediato o centro, é uma “coisa” e está no espaço ou ocupa um espaço, uma centralidade. No corpo, ele toma uma posição espacial que pode diferir em diversas culturas que integram os aspectos de vida.

Os significados emocionais atribuídos ao coração podem ser confirmados nas expressões do senso comum, que se referem às várias condições afetivas de interpretação das experiências subjetivas, dentre elas: coração pulando de alegria, coração entalado na garganta, peso enorme no coração, coração de criança, voz do coração, coração mole, coração endurecido, ter um grande coração, ter um coração de pedra, ter alguém dentro do coração, coração quase parar de tanto medo, coração querer saltar do peito, pessoas sem coração, unir seus corações, pessoa de bom coração, coração bater feliz, e muitos outros.

Segundo Ballone, Neto e Ortolani (2002), a identidade do coração está tão solidamente atrelada à idéia de emoção, que as pessoas tendem a dividir atitude humana em razão e coração. O coração simboliza o que há de mais nobre no sentimento humano, que é o amor, sendo um órgão também associado, indiscutivelmente, à vida, de sorte que qualquer alteração significa, então, uma ameaça de morte.

Sabe-se que o coração é um dos órgãos mais privilegiados e centrais do corpo humano, representando muitas funções, tais como biológica, política, filosófica

e emocional. Por apresentar várias funções em torno de suas representações, o coração produz uma experiência de singularidade que ele desperta, mediado por afetos e emoções.

Podemos pensar no coração como órgão que bombeia o sangue para todo o corpo, bem como na sua representação como sede das emoções, núcleo das experiências afetivas, órgão simbólico, pulsante e vibrátil.

A eclosão de uma patologia cardíaca, nesse sentido, acarreta efeitos traumáticos que transpõem a própria doença do coração, já que o indivíduo e a família se deparam com a possibilidade da falência de um órgão permeado por um simbolismo que se estende a diversas esferas da vida.

Segundo o Departamento de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica – DCCVP da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular – SBCCV (2002), a prevalência de cardiopatias congênitas (CC) está entre 8 a 10 por 1000 nascimentos. Estima-se o surgimento de 28.846 novos casos de CC no Brasil/ por ano. Em torno de 20% dos casos, a cura é espontânea, estando relacionada a defeitos menos complexos e de repercussão hemodinâmica discreta.

A necessidade média de cirurgia cardiovascular em congênitos no Brasil é da ordem de 23.077 procedimentos/ano, fazendo parte desta estimativa, além dos novos nascimentos com cardiopatia congênita, os casos de reintervenções (Cavalcante Junior, Daher, Sallum, Janete & Croti, 2004). Situação das cirurgias cardíacas congênitas no Brasil. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, Vol. 19(2). Acessado em 30 out. 2007., 2004). O tratamento precoce das cardiopatias congênitas (CC) evita substancialmente internações seqüenciadas por complicações da doença, além de proporcionar melhor qualidade de vida. Sabe-se que 50% dos portadores de cardiopatias congênitas (CC) devem ser operados no primeiro ano de

vida. Assim, são necessários 11.539 novos procedimentos / ano no Brasil (Cavalcante Junior, Daher, Sallum, Jatene & Croti, 2004).

Neste cenário, nasceu o Instituto do Coração da Criança e do Adolescente – (Incor-Criança), ideal de um grupo de profissionais da área, familiares de cardiopatas e amigos do coração, voltado para atender crianças e adolescentes carentes portadores de cardiopatias, e assim minimizar esta fila de espera. O Inco-Criança tem como missão assegurar à população pediátrica atendimento ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, com excelência e humanismo, contribuindo para o ensino e a pesquisa na área de saúde e como visão a saúde integral com qualidade.

É importante entendermos que, nas cardiopatias congênitas, os principais sintomas e sinais são: falta de ar aos esforços, palpitações, desmaios, cianose (dedos das mãos, dos pés e lábios arroxeados), edema de membros inferiores, frêmito (vibração percebida a palpação do tórax), ausculta cardíaca (batimentos cardíacos acelerados ou lentos, batimentos irregulares e sopros cardíacos) e deformidade torácica (Cavalcante Junior, Daher, Sallum, Jatene & Croti, 2004).

Goldeberg e Aberastury (1972) destacaram que o sucesso de um procedimento cirúrgico cardiológico depende não somente das questões intrínsecas de uma criança, mas também de toda a dinâmica familiar. Para que a criança mais velha elabore e aceite sua nova identidade e seu novo esquema corporal, é necessário que seus pais estejam prontos para reviver com seus filhos momentos de regressão e desintegração psicossomática (Békei, 1984). Isto significa que deve ocorrer uma mobilização familiar, com a finalidade de ajudar a criança a elaborar o que se passa com ela no processo do adoecimento.

Durante a hospitalização, os pais e componentes familiares mostram-se importantes no acompanhamento da criança e no acolhimento de suas angústias, expressas mediante suas fantasias e medos. Ressaltamos que tais afetos marcam a díade mãe-filho, sendo vivenciados de modo singular.

Ocasionalmente, a equipe médica e mesmo a família costumam acreditar que, quanto menor a criança, maiores as vantagens para operá-la no que diz respeito ao comportamento apresentado durante a internação e a vivência subjetiva. Crêem, ainda, que não há compreensão sobre o que ocorre à sua volta (Oliveira, 1995). Do ponto de vista subjetivo, não há vantagens às crianças, pois é nos primeiros anos de vida que o psiquismo está em formação, sendo os mecanismos de defesa e adaptativos muito primários e precários para lidar com separações e situações que produzem angústia. Raimbault (1979) revelou que, por mais que sejam novas as crianças, já é presente a noção de ausência de separação, pois estas sentem a ameaça de algo que está por vir, expressando, assim, medo e terror.

A situação de risco de morte e dos perigos associados ao estado de fragilidade da criança põe em destaque afetos muito primitivos, como no recém-nascido, desamparado e à mercê dos cuidados do outro. Quando a criança não tem condição de compreender o que se passa com ela, aumentam sua angústia e desamparo. Segundo Mannoni (1987), é também a verbalização de uma situação dolorosa que pode permitir dar sentido ao que vive.

Os membros familiares são vitais a todo o processo de internação e cirurgia dessas crianças, podendo levar à eficácia do tratamento nesta interação mãe-pai-filho. Cardoso (1989) observou que, em muitos casos, os pais, com o nascimento de um filho cardiopata, apresentam sentimentos de impotência e culpa,

pois, “como se não pudessem gerar algo bom”, sentem-se frustrados pelo filho não ser o que desejam, sugerindo assim sentimentos de hostilidade inconscientes.

A mãe diante da cardiopatia congênita, forma, segundo Bleger (1988), um vínculo simbiótico com o filho, procurando superproteger, como forma de compensar os sentimentos e impulsos destrutivos que vivenciam neste momento. Para Bleger (1988), esse mecanismo de defesa de proteger, na realidade, pode estar relacionado à mãe que deseja ser protegida também. Esses excessos de cuidados fazem com que a criança apresente comportamento regredido, podendo tornar o grupo familiar desestruturado, à medida que essa mãe concede total atenção ao filho doente.

Os aspectos físico e emocional estão sempre inter-relacionados e respondem sincronicamente a todas estimulações do nosso cotidiano, ou seja, o coração-órgão pode responder como sintomas físicos às dores do coração-simbólico.

Por tal razão, Lamosa (1990) acredita que o atendimento à cardiopatia torna-se algo peculiar, em razão da carga simbólica, dos mitos e da mística que envolvem o coração. Considerando a polissemia do coração, como circunscrever os sentidos da cardiopatia congênita na relação mãe-filho para a Psicanálise?

Como objetivo geral desta pesquisa, nos propomos compreender as repercussões da cardiopatia congênita na relação mãe-filho a partir do discurso materno. Como objetivos específicos, tencionamos entender as cardiopatias congênitas e suas repercussões; investigar as construções de narrativas sobre a cardiopatia congênita e suas repercussões na relação mãe-filho, e ainda, analisar os sentidos atribuídos às vivências da relação mãe-filho ante o binômio saúde-doença do coração.

Este trabalho tem seu referencial teórico situado no campo da Psicanálise, haja vista os elementos fundamentais que constituem essa perspectiva teórica, visando a propiciar uma visão mais ampla sobre o coração adoecido. Procurando ir além da classificação da estrutura patológica biomédica, a Psicanálise proporciona uma escuta clínica das significações subjetivas do sofrimento ligado ao corpo e ao adoecer psíquico.

No desenvolvimento desta pesquisa, discutiremos, inicialmente, o saber médico da cardiopatia congênita, por acreditarmos que o tema não é somente de competência da Psicanálise. Sendo assim, não desprezar o diagnóstico médico é aliar a compreensão da relação do corpo com o inconsciente.

A proposta do primeiro capítulo é abordar o segmento destinado ao entendimento das cardiopatias congênitas sob a perspectiva biomédica, tratando do tema com âncora em Allan (1981), Gollema (2006), Macedo e Ferreira (1996), Medeiros, Fontes e Pontes (1990), pensando a constituição do sujeito pela via orgânica.

A proposta do segundo capítulo é tratar da questão do corpo, considerando-o entre os saberes e práticas que enfatizam o corpo-organismo e aqueles que o consideram como transposto às posturas fisicalistas. Nesse sentido, as contribuições da Psicanálise são privilegiadas. Serão expostas as principais idéias de Freud (1905/1976a; 1914/1976b; 1915/1976c; 1915[1917]/1976d; 1919/1976e; 1923/1976f; 1924/1976g; 1930/1976h), Volich (2000), Winnicott (1949; 1956; 1958/2000; 1945/2000b; 1965/1965a; 1960/1965b; 1964/1971a; 1967/1971b; 1971/1971c; 1971/1975; 1983; 1984; 1986/1986; 1970/1989a; 1971/1989b; 1986/1989c; 1989/1994; 1971/1990; 1993), entre outros autores, acerca do corpo, possibilitando uma compreensão, desde perspectivas distintas, sobre o tema.

No terceiro capítulo, nos propomos investigar as implicações da parentalidade na constituição subjetiva do sujeito sob o aparato teórico de Winnicott. Para isto, deve ser compreendida a relação entre mãe-filho na teoria winnicottiana.

Esperamos que esta pesquisa traga benefícios ao saber acadêmico, principalmente às esferas da área da saúde, por enfatizar a relação mãe-filho e a cardiopatia congênita. Acreditamos que um trabalho permeado pela perspectiva interdisciplinar pode contribuir para a pesquisa e intervenções oferecidas a esse segmento de pacientes cardíacos pediátricos, auxiliando assim os processos de ressignificação subjetiva e as possibilidades de tratamento e prognóstico. Além das justificativas até então apresentadas, ressaltamos que a importância da realização desta pesquisa está fundamentada em um aspecto relevante: trata-se de um campo de pesquisa pouco explorado em Psicologia da Saúde. Nesse sentido, destacamos que esse trabalho poderá oferecer construções teóricas favoráveis à presença dos profissionais de saúde que atendem esse segmento de pacientes e, acima de tudo, contribuir para melhor compreensão de um mal-estar que, se não for bem elaborado, poderá acarretar conseqüências desfavoráveis ao paciente, à família e à equipe implicados nesse processo.

Capítulo 1

ASPECTOS BIOMÉDICOS DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS: UMA REVISÃO

Este segmento é destinado ao entendimento das cardiopatias congênitas sob a perspectiva biomédica, tratando, com suporte em Allan (1981), Gollema (2006), Macedo e Ferreira (1996), Medeiros, Fontes e Pontes (1990), a constituição do sujeito pela via orgânica.

Tal abordagem merece ser visitada teoricamente, em virtude das interfaces da Medicina com a Subjetividade, expressa, na atualidade, pelas representações das experiências do adoecimento por meio do imaginário biomédico. Camargo Junior (2003) e Ortega (2005) ressaltam a hegemonia dos saberes e práticas médicos na representação da materialidade corpórea pelos sujeitos em adoecimento e suas implicações nas subjetividades.

Intencionamos, neste capítulo, destacar os principais aspectos das cardiopatias congênitas, do ponto de vista da Medicina, discutindo, ao seu final, as implicações subjetivas das intervenções biomédicas.

1.1 Gravidez e Cardiopatia Congênita

A gravidez é um período de constantes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida da grávida e dos que a cercam, em especial o futuro pai. A

condição de gestar um filho gera necessidade de adaptação às novas condições e papéis de mãe e pai.

O fato de gerar um filho, mesmo quando “normal”, é muitas vezes motivo de grande ansiedade por parte dos pais. Segundo a Unidade de Cardiologia Fetal, do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, e a Sociedade Brasileira de Cardiologia (FUNCOR), as gestações em que o risco de doença cardíaca no bebê é maior são: mãe portadora de doença no coração; pai portador de doença no coração; primeiro filho com doença cardíaca; outro filho que tenha morrido subitamente logo após o nascimento, quando o feto tem alguma alteração em outro órgão ou alguma doença genética como *síndrome de Down*; quando o bebê tenha alguma alteração do ritmo cardíaco; em caso de gravidez gemelar; quando a mãe tem muito líquido (poli-hidrânio) ou pouco líquido (oligo-hidrânio) no útero; mães de mais de 40 (quarenta) anos ou menos de 15 (quinze) anos; mães com diabetes, lupus, epilepsia e fenilcetonúria; mães que tiveram rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, AIDS, doença de Chagas ou viroses; mães que usam medicamentos como anticoncepcionais, antiinflamatórios e antidepressivos e mães usuárias de cigarros, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas.

Com os avanços tecnológicos no campo das ciências biomédicas, assistimos a mudanças significativas na relação dos genitores e da equipe de saúde com a gestação e com o feto, já que os instrumentos de acompanhamento da vida intra-uterina, hoje, possibilitam sua visualização em imagens cada vez mais precisas e próximas às representações de um bebê. As implicações de tais resultados são importantes nos cuidados pré-natais necessários, repercutindo no modo como os pais lidam subjetivamente com a gravidez e o desenvolvimento do feto.

A gestação produz sentimentos que envolvem a aceitação ou rejeição, conscientes e inconscientes, do bebê que está por vir (Coriat, 1997; Jerusalinsky, 1989). Os pais projetam seus desejos, expectativas, frustrações e idealizações no bebê, sentindo-o como extensão deles mesmos. A gestante e, mesmo o pai, ante a esta complexidade de afetos, reage paradoxalmente à gravidez, podendo apresentar-se subjetivamente regredidos, denotando o sofrimento perante o desamparo suscitado pela quebra dos ideais narcísicos.

Os pais, diante de um diagnóstico de cardiopatia congênita na gestação, são convocados a desconstruir e reconstruir a representação do bebê ao vivenciarem um trabalho de luto do filho idealizado, daí a importância da consideração dos aspectos subjetivos (Cardoso, 1989).

1.2 Contribuições Oriundas da Etiologia

Segundo Macedo e Ferreira (1996), é essencial que alguns pontos sejam pensados sobre as cardiopatias congênitas: em primeiro lugar é a de que vale a pena e é necessário investir no diagnóstico pré-natal das cardiopatias, em particular, no plano dos cuidados primários de saúde. O feto deverá ganhar com isso, porque há doenças cardíacas e circulatórias tratáveis durante a gravidez, e, por outro lado, porque o parto e o período neonatal serão programados e abordados nas melhores condições possíveis. Em segundo lugar, apesar de ser tida como uma área complexa, a cardiologia fetal tem zonas comuns a muitas outras áreas médicas, mesmo as não diferenciadas.

Com isso, podemos perceber que, com as técnicas do diagnóstico, cada vez mais avançadas, fica para trás um período obscuro e com incógnitas na gravidez, porém não esquecendo do olhar sobre a criança como um indivíduo, desde a sua concepção.

Em face das intervenções médicas e cirúrgicas cada vez mais promissoras para os recém-nascidos com cardiopatia congênita, o diagnóstico pré-natal apresenta-se como recurso único de programação das atitudes peri-parto. Ficam, assim, assegurados o diagnóstico precoce, o local e tipo de parto e a programação terapêutica médica e ou cirúrgica neonatal, quando necessárias. Além disso, o diagnóstico *in utero* de alguns distúrbios cardiovasculares pode condicionar um tratamento eficaz, quando a tempo, modificando, assim, o prognóstico reservado destas situações. Sendo as cardiopatias congênitas das causas que atualmente mais contribuem para a mortalidade no recém-nascido, o seu diagnóstico pré-natal apresenta-se como potencialmente capaz de reduzir a mortalidade neonatal (Macedo & Ferreira, 1996).

Segundo os autores citados, a mortalidade global nas crianças com diagnóstico *in utero* das cardiopatias mantém-se muito alta. Tal fato decorre não só da associação com outras anomalias, nomeadamente as cromossomopatias, mas, e em particular, do espectro das cardiopatias diagnosticadas. Na realidade, quando os ecografistas obstétricos aplicam a metodologia clássica de estudo do feto, que inclui só o plano de quatro câmaras cardíacas, como está largamente difundido, fazem deste modo emergir predominantemente cardiopatias graves e de mau prognóstico (Macedo & Ferreira, 1996). Com isso, é importante verificar quais são os fatores condicionantes do diagnóstico pré-natal das cardiopatias, dentre as quais a idade gestacional das dezoito às vinte e duas semanas é a ideal para a obtenção do

máximo rendimento do ecocardiograma fetal. Antes das dezoito semanas, aumentam os falsos resultados. Por outro lado, fatores relacionados com a grávida, como a obesidade e as estrias abdominais (gravídicas), nesta idade, são mais facilmente ultrapassáveis (Macedo & Ferreira, 1996). É interessante notar os fatores de incidência que contribuem para a cardiopatia congênita, destacando-se os fatores maternos e familiares: idade materna, histórico familiar de cardiopatia, histórico familiar de diabetes materna, ingestão de medicamentos, tóxico-dependência, hemofilia, doenças do colágeno; bem como os fatores fetais: outras malformações, atraso do crescimento intra-uterino, taquicardia fetal, gemelaridade, alterações do líquido amniótico (Macedo & Ferreira, 1996). Por esses aspectos, apontamos as causas das malformações congênitas divididas em três grupos: hereditariedade multifatorial, causas genética e gênica. A identificação de fatores de risco é a indicação para a realização do ecocardiograma fetal (Macedo & Ferreira, 1996).

1.2.1 Fatores de Risco

Os autores Macedo e Ferreira (1996) detalham precisamente a identificação do risco fetal para a cardiopatia, com uma aplicação criteriosa dos dados a seguir.

1.2.2 Risco Familiar

Quando existe um elemento na família com cardiopatia congênita, o risco fetal se torna superior ao da população em geral. Este risco varia, no entanto, com o tipo de cardiopatia, com o elemento familiar atingido e com o tipo de família em causa. Por outro lado, o risco é maior se for a mãe a atingida, sendo menor tratando-se de um irmão.

Admitindo o princípio de que uma malformação cardíaca parte de uma predisposição genética a que se associa um fator ambiental desencadeante (hereditariedade multifatorial), classifica-se a família em três tipos. Os tipos A, B e C, quando, respectivamente, existem um (A), dois (B) ou três e mais (C) elementos atingidos com cardiopatia. Nesta óptica, a proteção destas gravidezes contra agentes teratogênicos torna-se particularmente importante, sobretudo nas primeiras semanas de gestação. Em particular, as famílias do tipo C têm um componente genético muito forte.

Ainda no que respeita à ocorrência familiar de cardiopatia, há outro aspecto muito relevante a referir e que diz respeito ao estudo adequado dos fetos abortados. Na realidade, a incidência de cardiopatia é maior não só nos estudos ecográficos de fetos vivos, como também é muito mais freqüente nos estudos em produtos de aborto espontâneo. Cabe à Anatomia Patológica, em particular à Fetopatologia, papel fundamental para a contribuição na definição do risco familiar para a cardiopatia (Macedo & Ferreira, 1996).

1.2.3 Risco Materno

A idade materna avançada torna-se risco pela cromossomopatia fetal, em particular, trissomia 21. Em cerca de 50% dos recém-nascidos com trissomia 21, têm cardiopatia.

A mãe diabética oferece risco para cardiopatia fetal, quando os níveis de glicemia estão elevados no início da gestação, podendo haver comprovação pelo doseamento da hemoglobina glicosilada. Por outro lado, nas gestações com diabetes não controlada, existe risco de hiperinsulinismo, com a conseqüente hipertrofia miocárdica, o que pode vir a influenciar a hemodinâmica cardíaca no período neonatal. As doenças do colágeno também estão relacionadas à ocorrência de bloqueio aurículo-ventricular fetal (Macedo & Ferreira, 1996).

1.2.4 Risco Ambiental

Os medicamentos classicamente indicados como teratogênicos do aparelho cardiovascular são: difenil-hidantoína, lítio, esteróides, talidomida, ácido retinóico, trimetadiona, varfarina álcool e rubéola congênita.

Dois fatores condicionam o poder teratogênico de uma droga: a predisposição individual e o período vulnerável. A predisposição individual está relacionada com a carga genética.

O período vulnerável varia consoante as estruturas cardíacas consideradas. Os septos interventricular e interauricular são as estruturas cuja formação é mais demorada, advindo daí a maior frequência do seu alcance.

Outros tipos de medicamentos, ao serem tomados fora do período embriogênico, não têm ação teratogênica, mas podem dar alterações circulatórias. Há agentes teratogênicos que atuam como tais, pouco dependendo de uma predisposição genética. Outros nem sempre causam doença, mesmo administrados durante toda a gravidez.

As infecções víróticas podem ser causa de teratogenia. Outros agentes do grupo TORCHS podem dar lesões cardíacas fetais. Também são ressaltados os aditivos e poluentes como agentes teratogênicos, tendo sido estudados, em particular, os efeitos por Ferenz (Macedo & Ferreira, 1996). Dentre os tóxicos, o mais freqüente é, provavelmente, o álcool. Segundo Macedo e Ferreira (1996), a síndrome fetal alcoólica, com cardiopatia e fenótipo típicos, continua a ser uma realidade.

1.2.5 Risco Fetal

Dentre os quatro subgrupos de risco, este é o que se apresenta com maiores probabilidades de poder coexistir com cardiopatia. Pertencem a este subgrupo os fetos com malformação extracardíaca, tais como onfalocelo, hérnia diafragmática, artéria umbilical única, malformações esqueléticas, renais e cerebrais.

As alterações cromossômicas, quando diagnosticadas *in utero*, têm um risco muito alto de se associarem à cardiopatia, sendo esses valores de cerca de 70% na trissomia 21 e superior a 90% na trissomia 18 (Allan, 1981).

O atraso de crescimento intra-uterino é um sinal muito importante a valorizar. A clínica, com a medição uterina e a ecografia, pode dar indicações nesse sentido. As alterações do líquido amniótico podem também associar-se a anomalias cardíacas, em particular, hidrâmnios. Dentro das causas de hidropisia fetal, sendo atualmente as causas imunes uma raridade, a insuficiência cardíaca ocupa um lugar de destaque. As situações que mais freqüentemente levam à insuficiência cardíaca fetal são as arritmias e as cardiopatias com regurgitação da válvula tricúspide. A anemia de causa não imune, como, por exemplo, a anemia materna grave ou a transfusão feto-fetal, pode também ser causa de insuficiência cardíaca no feto.

O hipertiroidismo pode também causar insuficiência cardíaca fetal. As arritmias fetais podem ser diagnosticadas no exame objetivo da grávida pela auscultação cardíaca fetal.

Como vimos, é muito alta a incidência de cardiopatia nos fetos referenciados para ecocardiograma fetal por arritmia ou suspeita de anomalia cardíaca (Macedo & Ferreira, 1996).

Os ecocardiogramas fetais são, sobretudo, as imagens em ecografia bidimensional “real time” que nos fornecem o máximo de indicações do ponto de vista morfológico, e bastantes sob o prisma funcional. Sempre que necessário, no entanto, o estudo funcional cardíaco deve ser completado com o exame por Doppler pulsado clássico e condicionado em cor, em particular, na suspeita ou presença de cardiopatia. Os fetos cujos exames não preencham os requisitos anteriores de normalidade ou deixam dúvidas, por motivos vários, deverão ser referenciados para

um centro de Cardiologia pediátrica com Cardiologia pré-natal (Macedo & Ferreira, 1996).

De acordo com os autores, convém não esquecer que a análise cardíaca fetal, com o estudo dos sinais diretos e indiretos, só é completa quando é feita pelo estudo do plano de quatro câmaras, associado aos planos dos tratos de saída ventricular. Há patologias cardíacas freqüentes e importantes que só são diagnosticadas no nível dos tratos de saída ventricular. Os exemplos clássicos são a transposição simples das grandes artérias, a tetralogia de Fallot e a comunicação intraventricular alta, isolada ou fazendo parte de uma cardiopatia.

1.3. Diagnóstico e Prognóstico

As cardiopatias congênitas são das malformações graves mais freqüentes no recém-nascido e que mais contribuem para mortalidade perinatal. O diagnóstico de cardiopatia no recém-nascido é definitivamente uma tarefa difícil (Macedo & Ferreira, 1996).

As cardiopatias congênitas apresentam muitas complicações em seu diagnóstico exato e completo, principalmente sendo muito mais difícil *in utero*. Existem sinais ecocardiográficos diretos e indiretos de patologia cardíaca, e os sinais indiretos podem nos fornecer orientações preciosas, no que diz respeito à desproporção das dimensões das estruturas, comparando cada uma com a sua contralateral (Macedo & Ferreira, 1996).

Os autores expressam o fato de que, num plano de quatro câmaras corretamente obtido, uma desproporção nítida de uma dada estrutura com a contralateral significa patologia, em particular, se observada antes das vinte e cinco semanas. Estas desproporções, sendo evolutivas, podem ser ligeiras pelas dezoito semanas de gestação, por exemplo, mas tornarem-se nitidamente evidentes de quatro a oito semanas mais tarde. A desproporção envolve não só as aurículas e os ventrículos, mas também os tratos de saída ventricular e as grandes artérias (Macedo & Ferreira, 1996).

Segundo Gollema (2006), o dilema do diagnóstico do recém-nascido com cardiopatia congênita deve ser rapidamente resolvido, uma vez que o tratamento pode salvar a vida de algumas crianças. A cardiopatia congênita é diagnosticada durante a primeira semana de vida. As anomalias mais freqüentes encontradas durante a primeira semana são persistência de canal arterial (PCA), transposição das grandes artérias (TGA), síndrome do coração esquerdo hipoplásico (SCEH), tetralogia de Fallot (TF) e atresia pulmonar.

Ainda para Gollema (2006), a classificação dos sinais e sintomas do recém-nascido com cardiopatia congênita permitem agrupá-los de acordo com os níveis de saturação arterial. Outras classificações (com base nos achados dos exames físico e laboratorial), segundo a autora, facilitam o delineamento, exceto da lesão cardíaca presente.

1.4 Terapêutica

No que diz respeito ao tratamento das cardiopatias, em torno de 20% das cardiopatias congênitas, a cura ocorre de forma espontânea, relacionada a defeitos cardíacos pequenos com pouca repercussão na vida da criança. Em relação aos outros 80%, o tratamento é cirúrgico e deve ser realizado, na sua maioria, na idade pré-escolar. Tal tratamento pode ser paliativo quando apenas melhora as condições clínicas do paciente e desta forma prepara para o procedimento corretivo. O tratamento corretivo é utilizado para se restabelecer a anatomia (estrutura) e/ou a fisiologia (função) do coração, podendo ser realizado já na primeira intervenção, na maioria das vezes, ou após a preparação da cirurgia paliativa (Cavalcante Junior, Daher, Sallum, Jatene & Croti, 2004).

Algumas doenças congênitas, por sua gravidade, quando não tratadas, apresentam uma mortalidade que pode chegar a 100% nos primeiros meses de vida. Quando tratadas no momento adequado, oferecem expectativa de vida com qualidade, comparável à população geral (Cavalcante Junior, Daher, Sallum, Jatene & Croti, 2004).

É sempre árduo para os médicos anunciar aos pais que o seu filho tem uma malformação. Depois das malformações visíveis, incluindo as alterações cromossômicas, provavelmente são as cardiopatias congênitas que causam nos pais as maiores preocupações. Para estes, ouvir que seus filhos possuem uma cardiopatia tem uma carga emocional muito complexa (Macedo & Ferreira, 1996).

Ao coração atribuem-se significados vitais, pois esse órgão funciona como um motor e não pode adoecer: é assim que pensam os pais, sendo sua preocupação acentuada com a pergunta-padrão: “Tem que ser operado?”.

Atualmente, as terapêuticas das cardiopatias congênitas oferecem resultados cada vez mais positivos às crianças que delas venham necessitar, sendo, praticamente, passíveis de tratamento cirúrgico, fazendo com que a maioria das crianças com cardiopatia possa, com efeito, se beneficiar (Macedo & Ferreira, 1996).

Em virtude das implicações subjetivas que as avarias congênitas causam na criança, nos pais e na equipe de cuidadores, é importante que as intervenções médicas possam ser significadas, podendo ser construídos sentidos para o processo de adoecimento. Observamos que a criação de espaços de acolhimento das perdas e dos lutos subseqüentes favorecem a aderência ao tratamento e a reconstrução de estratégias subjetivas de enfrentamento da perda dos ideais narcísicos que embalam os pais e são constituintes do lugar que o filho vem ocupar na estrutura familiar, sendo fundamental para que a criança possa, assim, ser incluída em uma rede simbólica.

Nesse sentido, vale discutir a relevância de contextualizar as tecnologias médicas da história familiar, no romance familiar abordado por Freud (1914/1976b), matriz no qual um bebê se constitui a partir do jogo de idealizações de seus genitores, isto é, do jogo de desejo que faz de um filho humano um bebê. No próximo item, serão abordadas as implicações das tecnologias médicas na construção subjetiva da criança e da família, sendo acentuado o caráter interdisciplinar entre Medicina e a Psicanálise.

1.5 Implicações Subjetivas das Intervenções Biomédicas

Os aspectos biomédicos há pouco expostos desenham o panorama teórico-clínico no qual o estudo do adoecer humano “toma corpo”, possibilitando, paradoxalmente aos objetivos da Biomedicina, que os mesmos fenômenos sejam explorados por outros campos disciplinares, já que terminam por denunciar a carência de uma visão não restrita às explicações médicas. No tocante às cardiopatias congênitas, interrogações podem ser erguidas a partir dos enigmas que suscitam, especialmente por abrangerem um momento no desenvolvimento humano extremamente precoce e que se constitui na relação com o outro materno. Neste sentido, os enfoques relacionados a etiologia, diagnóstico, prognóstico e tratamento, há instantes explanados, passam a adquirir sentidos mais complexos quando não reduzidos ao campo das ciências biomédicas.

Considerando a interdisciplinaridade como suporte metodológico no estudo e nas intervenções da criança portadora de cardiopatia congênita, pensamos que saberes e práticas psicológicos contribuem na compreensão das vicissitudes do padecimento humano, já que este, na visão da Psicanálise – perspectiva escolhida como referencial de análise do tema – constitui a radicalidade do humano.

Freud (1930/1976h) ergue o mal-estar como categoria nuclear da existência, explorando-o no sentido do “pathos” (Berlink, 2000), da transitoriedade e da finitude (Freud, 1915[1917]/1976d).

Explanar conceitos acerca de avanços biotecnológicos em relação ao corpo doente mostra-se importante no campo deste estudo visando à compreensão das patologias cardiológicas nas interfaces da Medicina com a Psicanálise.

Wunemburger (2006) expressa a opinião de que, se corpo designa, em primeiro lugar, uma realidade objetiva e biológica, a nossa relação, pessoal, subjetiva e íntima com ele se desenvolve por meio de um conjunto de representações que o modificam, o sobrecarregam de valores mais ou menos, transformam seu estado natural em suas aparências sensíveis. Nossa experiência do corpo afetivo oscila entre corpo real acessível ao olhar da ciência e à sua manipulação, e um corpo virtual feito de possíveis, de devaneios, de fantasias, de irrealidades que o podem esvaziar, expandir, duplicar, mascarar ou mesmo fazê-lo desaparecer. Os fabulosos avanços científicos – biotecnologias em geral – nos desafiam a rever o lugar da corporeidade na constituição do sujeito e do social, pois que nos convocam a desconstruir e reconstruir os modos pelos quais nos subjetivamos na atualidade.

Pensar, assim, nas cardiopatias congênitas e nas intervenções possíveis em decorrência do avanço das tecnologias médicas nas últimas décadas, exige que consideremos os efeitos da nossa relação com o discurso científico e sua incidência no imaginário coletivo, já que parece que os modos como estamos nos construindo subjetivamente são perpassados por tais discursos e práticas.

Ressaltamos a importância da interdisciplinaridade, da compreensão dos fenômenos físicos e subjetivos, já que causam efeitos no processo de construção subjetiva. Daí a Psicanálise ser convocada, já que oferece um modo de apreensão da experiência humana em sua complexidade.

Vale ressaltar que a concepção freudiana de corpo e de adoecimento – “pathos” (Berlink, 2000) – possibilita compreender as cardiopatias congênitas ultrapassando seus aspectos biomédicos, desde sua polissemia, especialmente

quando o padecimento da criança pequena exige que os aspectos vinculares sejam ressaltados.

Nesse sentido, serão consideradas as contribuições de Freud (1905/1976a; 1914/1976b; 1915/1976c; 1915[1917]/1976d; 1919/1976e; 1923/1976f; 1924/1976g; 1930/1976h) sobre o corpo e o percurso do adoecimento, para, posteriormente, a ênfase ser posta nas considerações de Winnicott quanto a díade mãe-filho e a construção do psicossoma.

É válido o fato de que, para se pensar a questão do corpo em Psicanálise, é preciso reconhecer o lugar fundamental do conceito de pulsão explorado por Freud (1915/1976c), dentre outros conceitos também importantes, como de sexualidade (Freud, 1905/1976a), narcisismo (Freud, 1914/1976b), sintoma (Freud, 1915/1976c) e masoquismo (Freud, 1924/1976g). Enfocaremos a pulsão por entendermos que marca o momento de ruptura com as concepções hegemônicas de corpo anatômico e do dualismo mente/corpo.

O conceito de pulsão “como um conceito limite entre o psíquico e o somático”, segundo Freud (1915/1976c, p.167), tendo sua origem no “interior do organismo”, agindo como uma “força constante” da qual não podemos escapar, e que exerce uma pressão, possui uma finalidade, um objeto e uma fonte. A finalidade da pulsão é a satisfação e seu objeto aquilo no que e por meio do que a satisfação pode realizar.

A Psicanálise não se interessou pelo estudo da fonte da pulsão, que pertence à Biologia, mas aos destinos que o aparelho psíquico vai dar a tudo aquilo que toca o corpo.

Para Freud (1915/1976c), a pulsão é, “o representante psíquico das excitações que se originam no interior do corpo e chegam ao psíquico como uma

medida de exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em conseqüência de sua ligação com o corporal” (p.17). O corpo é moradia das pulsões.

A importância que Freud deu ao conceito de pulsão, “a mitologia dos psicanalistas”, obrigou-nos a levar em conta os desenvolvimentos metapsicológicos que doravante não cessaram de atravessar seu discurso até os últimos escritos (Fernandes, 2003).

Freud (1905/1976a), nos “Três ensaios sobre a teoria sexual”, dá valor aos orifícios corporais e ao que ele chama de zonas erógenas, o que faz com que mudemos o caminho da representação do corpo. Segundo Freud, essas zonas erógenas poderiam substituir os órgãos genitais e se comportar de maneira análoga a eles (Fernandes, 2003).

Em 1914/1976b, em “Introdução ao narcisismo”, Freud indica que será o corpo inteiro que atribuirá essa erogeneidade, que, até então, havia reservado às zonas erógenas no contexto da sexualidade infantil auto-erótica. Ele acrescenta: “Podemos decidir considerar a erogeneidade uma propriedade geral de todos os órgãos, o que nos autoriza a falar do aumento ou da diminuição desta em uma determinada parte do corpo. A cada uma dessas modificações da erogeneidade nos órgãos do corpo poderia corresponder uma modificação paralela do investimento de libido no ego” (Freud, 1914/1976b). O corpo torna-se, pois, um corpo erógeno, o que supõe uma passagem do corpo auto-erótico ao corpo, por assim dizer, narcísico. O registro do narcisismo propõe a idéia de um corpo unificado: o próprio corpo se encontra, assim, imediatamente colocado no lugar do si mesmo (Fernandes, 2003).

As pulsões são, assim, consideradas a “matéria-prima” do funcionamento psíquico. É do corpo que emana permanentemente a exigência de trabalho feita ao psíquico. A fonte da pulsão é um “processo somático que ocorre num órgão ou

parte do corpo” (Freud, 1915/1976c). O alvo da pulsão é conseguir obter satisfação por meio de um objeto, que não precisa necessariamente pertencer ao mundo externo. Esse objeto “pode igualmente ser uma parte do próprio corpo do indivíduo” (Freud, 1915/1976c). Freud afirma ainda que não existe nenhuma distinção de natureza entre as pulsões, quando se encontram na esfera somática ou quando representadas no psiquismo. Se diferenças podem ser observadas, elas dizem respeito às intensidades pulsionais, às quantidades de excitação em jogo, na esfera psíquica ou somática, e suas repercussões (Volich, 2002).

A concepção psicanalítica sobre o corpo como pulsional constitui o solo de apreensão da radicalidade de ruptura freudiana em relação ao corpo como unidade biológica, ressaltando somente em seu caráter-patológico. A escuta do sofrimento deu início às investigações freudianas e inaugurou um campo teórico-clínico no qual a corporeidade é polissêmica, não se adaptando a modelos normatizantes e reducionistas, mas evidenciando-se pelas estranhezas que marcam o humano (Freud, 1919/1976e), estranhezas denunciadas pelo conceito de pulsão há pouco representado.

Tais contribuições tiveram o propósito de realçar, apenas de modo mais geral, o corpo pulsional e as vicissitudes, especialmente quando nosso objeto de investigação está situado nas fronteiras entre Medicina e Psicanálise. Com apoio no recorte metodológico há pouco explanado, apresentamos, a seguir, como o corpo, tal qual proposto pela Psicanálise, se constitui, buscado compreendê-lo tal qual construído na relação mãe-filho.

Enfatizaremos, para tanto, a visão de Winnicott acerca da constituição psíquica. A opção por tal autor decorre das suas ricas contribuições sobre os processos vinculares que abrangem desde o período inicial de vida do bebê. Para o

autor, a diferenciação entre o psíquico e o somático se inicia paulatinamente na relação mãe-filho, considerando a mãe como ambiente que pode ser ou não suficientemente bom para o desenvolvimento do lactente. Winnicott (1983) considera que a representação corporal e a primeira realidade externa se dão inicialmente com o corpo da mãe. Como nos ensina Zorning (2000):

A obra de Winnicott é amplamente conhecida e construída buscando-se na relação precoce mãe-bebê, na qual o psiquismo do bebê se estabelece a partir dos cuidados maternos e do espaço transicional que faz parte desta relação (p.95).

Considerando que o objeto de estudo desta pesquisa se centra nos sentidos da cardiopatia congênita em crianças de até três anos na relação mãe-filho desde o discurso materno, justificamos a escolha teórico-metodológica por Winnicott (1983) em virtude da importância dada aos vínculos precoces e aos lugares das subjetividades da mãe e do bebê nesta relação, à medida que ambos se constroem a partir do outro.

Considerar os aspectos médicos, tratados neste capítulo, juntamente com as possibilidades de apreensão do fenômeno do adoecimento explicadas à luz da Psicanálise winnicottiana, constitui a intenção desta pesquisa, já que, como já explicitado, o objeto de investigação encontra-se nas fronteiras, quase sempre nebulosas, entre os campos médicos e psicológicos. A seguir, serão apresentadas algumas idéias sobre o olhar winnicottiano na relação mãe-filho e suas implicações na constituição do corpo.

CAPÍTULO 2

A RELAÇÃO MÃE-FILHO E SUAS IMPLICAÇÕES NA CONSTITUIÇÃO DO CORPO: UM OLHAR WINNICOTTIANO

Serão abordados, a seguir, aspectos significativos da relação mãe-filho da perspectiva de Winnicott. Concebendo a teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal como ciência do acontecer humano, que relata os vários modos de o sujeito habitar o mundo a partir das relações precoces mãe-bebê, contextualizamos a constituição da corporeidade para, no capítulo terceiro, discutir os sentidos da cardiopatia congênita para a mãe.

Este capítulo pretende contemplar a visão winnicottiana sobre o corpo e seu adoecimento, introduzindo o termo psicossoma, além de definir os conceitos de mente, psique e soma, compreendendo o desenvolvimento da existência psicossomática e a importância fundamental da experiência corporal como conquista importante no processo de amadurecimento pessoal.

2.1 A Relação Mãe-Filho

É importante frisar que a obra de Winnicott (1983; 1990/1971; 1993) acentua o relacionamento entre o bebê e seu progenitor: “Não há isso que chamam de ‘bebê’, significando, obviamente, que onde quer que encontremos um lactente encontraremos os cuidados maternos, e sem os cuidados maternos não haveria bebê” (1983, p.63).

O nascimento da vida psíquica no bebê começa na relação estabelecida com a mãe. De acordo com Winnicott (1956), os cuidados maternos adequados são indissociáveis do bebê e garantia de uma boa saúde mental. Segundo ele, um lactente isolado não existe: quando encontramos uma criança, encontramos cuidados maternos. Acrescenta que o rosto da mãe é o primeiro e único verdadeiro espelho da criança.

Certa vez arrisquei o palpite de que ‘não existe essa coisa chamada bebê’, querendo dizer que, quando você começa a descrever um bebê, logo você descobre que está descrevendo o bebê e mais alguém. Um bebê não pode existir sozinho: ele é, essencialmente, parte de um relacionamento (Idem, 1983, p. 63).

Há no bebê um “potencial”. No outro pólo de relação, a mãe como uma identidade indefinida e também potencial; não a identidade de um ambiente natural, mas a identidade de uma mãe; mas mãe não é mãe por si só, nem o bebê é bebê por si só. O que faz da mãe uma mãe é algo que lhe é adicionado do exterior, seu bebê. Nem por isso, um bebê “completa” a mãe.

Em “O papel do espelho da mãe e a família no desenvolvimento da criança” (1958/2000a), o bebê se vê naquilo que a mãe vê; ou seja, no rosto da mãe o bebê vê o que esta vê e, em vendo o que ela vê, ele se vê. Isso nos permitiria afirmar que é conseqüente pensar que, para Winnicott, não há, primeiro, uma mãe e depois um bebê, mas que a mãe e seu bebê nascem simultaneamente e, se não nascerem simultaneamente, não há nem mãe nem bebê.

O bebê pode fracassar; mas quando ele fracassa como bebê, ele é o efeito de um fracasso que começou na mãe. Se a mãe fracassa, desfalece, está ausente ou, ao contrário, é demasiado invasora, a criança corre o risco de cair em uma depressão ou em condutas anti-sociais (como o roubo ou a mentira), que são maneiras de reencontrar, por compensação, uma mãe suficientemente boa (Winnicott, 1967/1971b).

Se a mãe é suficientemente boa, forma-se uma espécie de unidade sensível com o bebê, uma sintonia. Bebê e ambiente-mãe possuem um potencial mútuo que se encaminha num sentido. Quando a mãe fracassa, rompe-se essa unidade. Em “Preocupação materna primária”, Winnicott (1956) aprofunda, numa fase mais antiga e especial da mãe, uma condição psicológica que gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada (durante e especialmente o final da gravidez) e que continua por algumas semanas depois do nascimento da criança; uma espécie de “doença normal” que capacitaria as mães a se adaptarem sensivelmente às necessidades iniciais do bebê. Tal “doença” pode não surgir ou ser suprimida em uma mãe.

A mãe partilha com a criança pequena um pedaço do mundo à parte, mantendo-o suficientemente limitado, para que a criança não fique confusa, e

separando-se muito progressivamente, de forma a satisfazer a capacidade crescente da criança fluir do mundo (Winnicott, 1958/2000a).

A relação da criança com a mãe, objeto de amor, define a afetividade relacional. A criança aprende a conhecer o ambiente e o seu conteúdo pela interação dinâmica com a mãe. No início, assiste-se a uma díade relacional e, posteriormente, com a introdução do pai, uma tríade relacional de afetos, cada um com a sua função na construção psíquica da criança.

Pretendemos apontar que a concepção winnicottiana de realidade não se restringe ao imperativo da tradição moderna, que reduz o real ao representável. Para Winnicott (1967/1971b, 1975/1971, 1983), a realidade externa compartilhada não é uma aquisição desde sempre garantida, mas uma conquista que pode ou não ocorrer. Por isso, o olhar desse pediatra/psicanalista não incide sobre a cena paradigmática da Psicanálise tradicional, qual seja, o triângulo edipiano – que pressupõe a representatividade – mas, especialmente, sobre momentos mais primitivos do acontecer humano, a saber, a "cena" fundamental o lactente nos braços da mãe-ambiente.

Nessa etapa inicial do amadurecer humano, a experiência da comunicação mãe-bebê é pré-verbal e pré-representacional, as descrições sobre essa experiência não podem se assentar no campo semântico da Psicanálise tradicional, pois, como vimos, o campo conceitual desta pressupõe a representatividade, seja no conceito de pulsão, na noção de realidade ou na explicação do aparelho psíquico como conexão causal. Atentando para o "lugar" da vida humana onde o contato silencioso precede o domínio do dizível, onde o saber cuidar realizado pela mãe não é da ordem das categorias do entendimento, Winnicott (1958/2000a) lança-nos num terreno epistemológico que admite a

precariedade do exemplar humano, lembrando-nos de que a continuidade de ser e que a separação eu-mundo não constituem uma garantia natural. Isto equivale a dizer que os dramas do ente humano não se reduzem às suas escolhas objetais e satisfações pulsionais, pois estes implicam um sujeito integrado, constituído como uma unidade. Winnicott (1958/2000a) volta-se para o bebê, cuja tarefa primordial é a conquista do contínuo sentimento de estar vivo. Nessa tarefa, o bebê não é mobilizado por pulsões rumo aos objetos externos ou internos, nem lida com o real a partir da representatividade.

Por focalizar seu olhar para esse estágio primitivo da natureza humana, Winnicott (1960/1965b) entende o bebê como uma organização em marcha, cuja batalha inicial não é da ordem dos investimentos libidinais e sim da conquista do sentimento de ser. Em "A criatividade e suas origens", esse autor aborda a condição de possibilidade dessa conquista para tudo o que há de vir; diz ele: "Após ser - fazer e deixar-se fazer. Mas ser, antes de tudo" (Winnicott, 1971/1975).

Winnicott (1965/1965a), em "A integração do ego e desenvolvimento da criança", afirma que os lactentes humanos só podem começar a ser sob certas condições. Se o começar a ser não é garantido exclusivamente pelo organismo biologicamente vivo, devemos perguntar pelo que possibilita esse começo.

Dado o estado de dependência absoluta do bebê humano, para que este comece a ser, apropriando-se do sentimento de ser real, faz-se absolutamente necessário um ambiente facilitador para essas conquistas. A integração é dada, então, pelo cuidado ambiental, razão por que Winnicott afirma "que o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro" (1971/1990, p. 137). Quem tem essa função de unificar algo inicialmente não integrado é uma mãe que sabe cuidar por se identificar com o bebê a partir de sua própria

experiência de ter sido cuidada, uma mãe que, pela constância dos cuidados físicos, vai conjugando o que, na relação, se mostra em pequenas doses: cheiros, toques, sons. Trata-se da mãe suficientemente boa.

Em função da imaturidade do bebê, a mãe não é percebida como um objeto externo; no entanto esses "pedaços da técnica de cuidar são gradualmente reunidos e formam o único ser que posteriormente será chamado mãe" (Winnicott, 1958/2000a, p. 224). É apenas gradualmente que esses cuidados serão experienciados como algo de um ambiente facilitador separado do bebê. De início eles são absolutamente necessários, de modo que o bebê que não teve esse cuidado suficientemente bom talvez jamais consiga se integrar. Nesse momento arcaico da vida humana, o "ambiente - que de início é a mãe, ou melhor os modos de ser da mãe - é parte do bebê, indistinguível dele" (Dias, 1999, p. 130).

De acordo com Winnicott (1958/2000a), mediante a técnica de cuidar, a mãe conjuga "pedacinhos simplificados de mundo" trazendo-o "em formatos compreensíveis" (p. 229). Essa compreensão, contudo, não é um ato mental, da ordem do entendimento, mas uma doação de sentido pré-representacional. É como se as dispersas vivências sensório-motoras do bebê fossem reunidas (contornadas) pelo ambiente rumo a uma continuidade de ser integrada. Só depois é possível ter a capacidade de percepção objetiva da separação eu-mundo.

A relação bebê-ambiente - em forma de cuidados maternos - não é composta de pólos previamente constituídos e distintos; não é uma relação objetal, mas ocorre como unidade mãe-bebê. Essa relação deve ser marcada pela acolhida da mãe no que se refere às necessidades desse *outro* que ainda não se constituiu integralmente como um EU separado. Esclarece Dias (1999):

No início da vida, o ambiente é subjetivo e, neste sentido, não é externo nem interno. Enquanto subjetivo o ambiente participa ativamente da constituição do si-mesmo [do *self* do bebê] e não é, meramente uma influência externa. É somente no decorrer do processo de amadurecimento que a criança poderá chegar no sentido de externalidade (p. 66).

No que diz respeito a essa capacidade criativa do bebê, Winnicott (1971/1990) aponta como momento emblemático o que ele denomina *primeira mamada teórica*. Trata-se da experiência de amamentação, na qual o bebê encontra algo (mãe-seio) que ele não percebe objetivamente como objeto externo, mas como criado por ele. Sobre essa ilusão de que o seio e o sentido que ele tem na vivência foram criados pelo bebê em sua experiência excitada, declara:

Creio que não será inadequado dizer que o bebê está pronto para ser criativo. Haveria a alucinação do objeto, se houvesse material mnemônico para ser usado neste processo de criação, mas isso não pode ser postulado considerando-se que é a primeira mamada teórica. Aqui o ser humano encontra-se na posição de estar criando mundo. O motivo é a necessidade pessoal (p. 122).

Na concepção winnicottiana de constituição subjetiva (1983; 1971/1990), encontramos uma longa jornada a ser percorrida pelo lactente: do mundo subjetivo, passando pela integração no tempo e no espaço, pelo alojamento no corpo, para, finalmente, chegar ao universo representacional da realidade objetivamente percebida. Nesse ínterim, o bebê acessa um espaço próprio, um espaço potencial que não é exclusivamente subjetivo nem totalmente subjugado aos ditames da realidade externa. Trata-se da transicionalidade, situada intermediariamente entre a

onipotência da ilusão criadora e a imposição objetiva da realidade. Nesse sentido, Winnicott (1971/1975) afirma:

Reivindico aqui um estado intermediário entre a inabilidade do bebê e sua crescente habilidade em reconhecer e aceitar a realidade. Estou, portanto, estudando a substância da *ilusão*, aquilo que é permitido ao bebê e que, na vida adulta, é inerente à arte e à religião, mas que se torna marca distintiva de loucura quando o adulto exige demais da credulidade dos outros, forçando-os a compartilharem da ilusão que não é própria deles (p. 15).

Quando são elementos de desilusão inseridos na vivência do bebê, ele terá de haver-se com o mundo externo, porém, não o faz sendo servil, mas preservando a continuidade da ilusão. É assim que os bebês investem uma importância especial nos "objetos" eleitos como aqueles que estão no meio do caminho, na *transição* entre o mundo externo insubordinado e a ilusão. Sejam eles os paninhos, os ursinhos, os travesseiros, o fato é que esses objetos transicionais cumprem a função de postergar o abandono do controle mágico do mundo. A esse respeito, Dias (1999) enfatiza:

Para que a transição aconteça, para que a transicionalidade se configure como tal, é preciso que o bebê esteja criando um novo espaço, um novo mundo. O que o amadurecimento promove é a capacidade inerente a todo ser humano de criar mundos e transitar entre eles. Neste momento está sendo criado o espaço potencial, a terceira área de experiência; o lugar que, se formos saudáveis podemos viver [...] (p. 238).

A transicionalidade emerge no início da quebra da unidade mãe-bebê, inaugurando, assim, a primeira distância experienciada pelo lactente, chamada pelo autor de espaço potencial. O objeto transicional situa-se exatamente aí, nesse espaço, simbolizando tanto a separação quanto a união com o que está sendo separado.

2.2 A Constituição do Psicossoma

Há diferença entre Freud e Winnicott no que diz respeito ao corpo. O corpo, na tradição freudiana (1905/1976a; 1915/1976c; 1923/1976f), é, sobretudo, fonte de gozo erótico com certas regiões anatômicas – as zonas erógenas – ou com os objetos extracorporais. Winnicott (1971/1975) aceita esta leitura, julgando-a, porém, restritiva. Em sua opinião, o corpo no qual o eu se localiza não é apenas nem sobretudo o corpo erógeno. É o corpo que representa suas “funções” auto-reguladoras e suas “experiências” de interação com os objetos externos, e, pela dupla representação, estabiliza o sentido de identidade do eu (Costa, 2004).

Para Costa (2004), a vida mental se estrutura pela atividade concertada de duas intencionalidades: uma que deriva do sistema auto-regulatório do corpo e outra da ação sobre o entorno. Na primeira, a satisfação é alcançada no prazer da atividade fantasmática; na segunda, no prazer da atividade motora agressiva e criativa. Por isso, para Winnicott (1971/1975), a ação criativa no espaço transicional “é uma parte da organização do eu que não é um eu-corpo, pois não está fundada

sobre o modelo de um funcionamento do corpo, mas sobre as experiências do corpo” (p. 140).

O ser humano é uma amostra, no tempo, da natureza (Winnicott, 1971/1990). De um ponto de vista, somos físicos, de outro, psicológicos. Somos um, e não somos uma “coisa falante”, como tantas vezes diz Descartes; nem somos especiais por nossa “consciência”. A maturidade inclui a “a não-consciência-de-si” (Winnicott, 1971/1990).

Winnicott (1971/1990) nos chama psicossoma e podemos nos tornar incorpóreos por meio das “agonias primitivas” (Newman, 2003). Tratar de psicossoma é levar em conta a cisão que sofremos no Ocidente: o assim chamado problema mente/corpo. Faz realmente diferença se vivemos num mundo dualista pós-cartesiano: ele forja os nossos esforços terapêuticos (Newman, 2003). No livro “Natureza Humana” (1971/1990), Winnicott escreve: “A tarefa é estudar a natureza humana. No momento em que começo a escrever este livro estou inteiramente consciente da magnitude desse empreendimento. A natureza humana é quase tudo o que temos” (p.7).

Na perspectiva de Winnicott (1971/1990), nós, humanos, somos a mais destrutiva de todas as espécies, e já destruimos quase tudo, inclusive uns aos outros; no entanto, há um certo elemento – e trata-se de algo elementar – que ainda não destruimos: o inconsciente. Não por decente descrição, mas por não sabermos como fazê-lo.

Eis o que propõe Winnicott (1949):

Um ser humano é uma amostra no tempo da natureza humana. A pessoa total é física, se vista por um ângulo, e psicológica, se vista por outro. Há o soma e há psique. Há também um complexo desenvolvimento de inter-relacionamento

derivando daquilo que chamamos mente. O funcionamento intelectual, assim como a psique, tem como sua base somática certas partes do cérebro (p.11).

Acrescenta que:

Não cairemos na armadilha que nos é preparada pelo uso comum dos termos 'mental' e 'físico'. Estes termos não descrevem fenômenos opostos um ao outro. A psique e o soma é que são opostos. A mente é uma categoria especial em si mesma, e deve ser considerada um caso especial do funcionamento do psicossoma [...] será especialmente interessante pesquisar os estágios realmente iniciais da dicotomia entre psique e soma nos recém-nascidos e o início da atividade mental (p. 11).

Winnicott (1949) apresenta o estudo do conceito de mente que deve ser sempre realizado em relação a um indivíduo, um indivíduo total, aí incluído o desenvolvimento desse indivíduo desde o início de sua existência psicossomática. Aquele que aceita esta disciplina poderá, então, estudar a mente de um indivíduo como especialização da parte psíquica do psicossoma.

A mente não existe como entidade no esquema individual das coisas, sempre que psicossoma desse indivíduo tenha evoluído satisfatoriamente desde os estágios mais primitivos. A mente, então, será apenas um caso especial do funcionamento do psicossoma (Winnicott, 1949, p. 333).

O autor acentua que os aspectos psíquicos e somáticos do indivíduo em crescimento tornam-se envolvidos num processo de mútuo inter-relacionamento. Essa interação da psique com o soma constitui uma fase precoce do desenvolvimento individual. Num estágio posterior o corpo vivo com seus limites e

com um interior e um exterior é *sentido pelo indivíduo* como formando o cerne do eu imaginário. O desenvolvimento desse estágio mostra-se extremamente complexo, e, apesar de se tratar de um processo, poderia já estar bastante completo poucos dias depois do nascimento; há um vasto campo para distorções do seu curso natural.

Segundo Winnicott (1949, p. 334), o psicossoma inicial prossegue ao longo de uma certa linha de desenvolvimento, desde que esse *continuar a ser não seja perturbado*. Por outras palavras, para que ocorra o desenvolvimento saudável do psicossoma inicial, é necessário um ambiente perfeito. No início, essa necessidade é absoluta. E, ainda, o ambiente perfeito é aquele que se *adapta ativamente* às necessidades do recém-nascido psicossoma, esse que, como observadores, sabemos ser um bebê que acabou de nascer. Um ambiente ruim é ruim porque, ao deixar de adaptar-se, transforma-se numa *intrusão* à qual o psicossoma (ou seja, o bebê) terá de *reagir*.

A princípio, o bom ambiente (psicológico) é, na verdade, físico, com a criança ainda no útero ou então segura e cuidada de um modo geral. Somente no decorrer do tempo, o ambiente virá a desenvolver novas características que precisarão de outros termos para descrevê-las, tais como emocionais, psicológicas ou sociais (Winnicott, 1949).

De acordo com Winnicott (1949), uma das raízes da mente, portanto, é o funcionamento variável do psicossoma, sempre às voltas com as ameaças à continuidade do ser que acompanham cada falha da adaptação ambiental ativa. Conseqüentemente, o seu desenvolvimento é muitíssimo influenciado por fatores não especificamente pessoais, incluindo aspectos aleatórios, como os relacionados ao parto e aos cuidados após o nascimento.

De acordo com essa teoria, portanto, em todo o seu desenvolvimento individual, a mente tem uma raiz, talvez sua raiz mais importante, na necessidade que o indivíduo tem no cerne mesmo de seu eu, de um ambiente perfeito (Winnicott, 1949).

Winnicott (1949) assinala alguns aspectos sobre sua teoria do psicossoma, dentre os quais podemos destacar: a mente não se localiza em lugar algum, e não existe algo que se possa chamar de 'mente'; é lógico contrapor soma e psique, e, portanto, contrapor o desenvolvimento emocional ao desenvolvimento corporal do indivíduo. Não é lógico, porém, opor o mental ao físico, pois não são da mesma ordem. Os fenômenos mentais são complicações de importância variável na continuidade do ser psicossoma, na medida em que contribuam para formar o eu individual (Winnicott, 1949).

A representação total da pessoa leva o nome de *Self* e compreende o corpo, a mente e suas estruturas. O ego tem um componente corporal, o *Ego corporal*, que é a sua parte mais primitiva, se organizando a partir do corpo. Lembramos Freud (1923/1976f, p. 98): "O Ego é antes de tudo um Ego corporal".

O desenvolvimento das capacidades perceptivas permite o crescimento do ego e os processos de diferenciação Id-Ego, eu-mundo e, posteriormente, mente-corpo. Winnicott (1965/1965a) afirma-nos que inicialmente há um conjunto *psique-soma* e distingue psique de mente. A psique, segundo ele, se relaciona com o soma e com o funcionamento de partes do cérebro que só se desenvolvem depois, principalmente a partir do primeiro ano de vida.

É importante perceber, em Winnicott (1965/1965a), a expressão "enfermidade psicossomática", onde ele demonstra que é o negativo de um positivo, já que a psicossomática expressa a tendência no sentido da integração, incluindo, a

personalização como potência. O positivo é a tendência herdada que cada indivíduo tem de chegar a uma unidade da psique e do soma, uma identidade experiencial do espírito, ou psique, e da totalidade do funcionamento físico. Uma tendência conduz o bebê e a criança no sentido de um corpo que funciona, no qual e a partir do qual se desenvolve uma personalidade que funciona completa, com defesas contra ansiedade de todos os graus e espécies. Em outras palavras, ratificando Freud (1923/1976f), o ego se baseia em um ego corporal.

Winnicott (1965/1965a) poderia ter continuado tal afirmação freudiana, complementando que, na saúde, o *self* mantém esta aparente identidade com o corpo e com o seu funcionamento, apontando que a cisão entre psique e soma é um fenômeno regressivo que emprega resíduos arcaicos no estabelecimento de uma organização de defesa. Em contraste, a tendência no sentido da integração psicossomática faz parte do movimento para a frente no processo de desenvolvimento.

Winnicott (1965/1965a) também demonstra que seria possível classificar a enfermidade psicossomática de acordo com a teoria dos processos de amadurecimento, incluindo: em primeiro lugar, um estado primário não integrado, com tendência no sentido da integração. O resultado depende de reforço do ego da mãe, baseado em sua capacidade de adaptar-se, fornecendo ao ego do bebê uma realidade na dependência e o fracasso materno, o que deixa o bebê sem os elementos essenciais para o funcionamento dos processos maturacionais, e em segundo lugar a integração psicossomática, ou a conquista da “morada” da psique no soma, e de que isto venha a ser seguido pela fruição de uma unidade psicossomática na experiência.

Em suma, o que faz parte da “totalidade individual” ou da *psique-soma*, é que se divide em “psique ou atividade imaginativa: “soma” ou “atividade física” e “mente” ou “inteligência”, que é a elaboração cognitiva das outras partes da totalidade (Winnicott, 1971/1989b).

Segundo Costa (2004, p.106), a “palavra ‘parte’, aplicada ao corpo, à psique e à mente não tem o sentido ‘partitivo’ e sim ‘expressivo’”. Psique, soma e mente não são fragmentos do organismo humano, exteriores uns aos outros e acoplados como peças de uma engrenagem imaginária. Fracionar intelectualmente a psique-soma em “partes” é uma forma cômoda de isolar facetas da relação organismo-meio, relevantes para certos propósitos em determinados contextos (Costa, 2004).

A totalidade físico-psíquica é literalmente indissociável em condições psicológicas satisfatórias. Estabelecer que suas “partes” são expressões parciais do todo quer dizer que cada uma delas resume e recapitula a história do sujeito. O desmembramento cognitivo do organismo humano visa a explicar, de modo eficaz, a natureza pontual de algumas atividades vitais (Costa, 2004).

Além de ser uma totalidade expressiva, a psique-soma possui outra característica fundamental para o desenvolvimento do indivíduo. Sua integração não é um fato inato, mas o resultado do processo de “personalização” ou “localização do eu no corpo” (Winnicott, 1970/1989a, 1971/1989b, 1993). As falhas no processo – “dissociações”, na terminologia winnicottiana – dão lugar à imobilidade do “sonho e da realidade psíquica” que se traduz na imobilidade da “ação e da vida” (Winnicott, 1971/1975) e na ruptura da continuidade da existência (Costa, 2004).

CAPÍTULO 3

OS SENTIDOS DA CARDIOPATIA CONGÊNITA NA RELAÇÃO MÃE-FILHO

Como objetivo geral desta pesquisa, nos propomos compreender as repercussões da cardiopatia congênita na relação mãe-filho com suporte no discurso materno. Como objetivos específicos, tencionamos entender as cardiopatias congênitas e suas repercussões; investigar as construções de narrativas sobre a cardiopatia congênita e suas repercussões na relação mãe-filho e, ainda, analisar os sentidos atribuídos às vivências da relação mãe-filho pelas mães ante o binômio saúde-doença do coração.

O referencial teórico é situado no campo da Psicanálise, haja vista os elementos fundamentais que constituem essa perspectiva teórica, visando a propiciar uma visão mais ampla sobre a polissemia de efeitos do coração adoecido. Com respaldo em referências distintas da área biomédica, a Psicanálise proporciona uma escuta clínica das significações subjetivas do sofrimento ligado ao corpo e ao adoecer psíquico (Berlinck, 2000; Freud, 1930/1976h).

Esta pesquisa buscou compreender o fenômeno da cardiopatia congênita com base nos sentidos atribuídos pelas mães de crianças até três anos assistidas no Instituto do Coração da Criança e do Adolescente – (Incor-Criança) em Fortaleza-CE, no período de setembro a outubro de 2007. Elegemos o Instituto do Coração da Criança e do Adolescente (Incor-Criança), pelo fato de apresentar uma infraestrutura adequada à realização do estudo proposto e obter referência dentre as instituições de serviços cardiológicos, oferecendo, assim, um serviço especializado

em Cardiopediatria no Estado do Ceará.

O Instituto do Coração da Criança e do Adolescente (Incor-Criança) é uma instituição de referência, no Estado do Ceará, em Cardiopediatria. O público-alvo é composto da população em geral do Estado, bem como de estados vizinhos, sendo de baixa renda a maior parte da clientela atendida.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista com roteiro semi-estruturado, com aspectos que enfatizam os pontos a serem investigados, haja vista o referencial teórico adotado, o qual privilegia os temas da constituição subjetiva, enfatizando a relevância das relações precoces mãe-bebê na interface dos campos disciplinares da Medicina e da Psicanálise.

Concordamos com Rey (2002, p. 4), quando este ensina que “as construções do sujeito diante de situações pouco estruturadas produzem uma informação qualitativamente diferente da produzida pelas respostas a perguntas fechadas, cujo sentido para quem as responde está influenciado pela cosmovisão do investigador que a constrói”. Ao utilizar esse instrumento, acreditamos que colaboramos com a liberdade de expressão do participante do estudo, não interferindo nem limitando suas respostas, mas reavendo uma multiplicidade de sentidos atribuídos pela colaboradora a sua atual condição. Também lembramos que, para Minayo (1994), a entrevista constitui uma possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por intermédio de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Dessa forma, vale ressaltar que esse recurso tem importância relevante, na medida em que funcionará como fonte de informação pertinente ao objeto de estudo deste trabalho.

Na escolha das participantes da pesquisa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter filhos cardiopatas até três anos de idade – com indicação cirúrgica ou já cirurgiados – sendo acompanhados no Ambulatório de Cardiopediatria do Instituto do Coração da Criança e do Adolescente (Incor-Criança de Fortaleza). Os critérios de exclusão considerados foram: não aceitar participar da pesquisa; ser adolescente; estar internado nas instituições vinculadas ao Instituto do Coração da Criança e do Adolescente (Incor-Criança) ou em qualquer outra; estar com depressão grave e com outros sintomas que possam ser acentuados pelos conteúdos da pesquisa e ser portadora de outras anomalias associadas às cardiopatias congênitas. Foi reservado, às participantes, o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Enfatizamos o fato de que as entrevistas foram individuais, gravadas, realizadas em local apropriado e horário previamente agendado, tendo duração média de cinquenta minutos, de acordo com a relevância dos dados elaborados pela entrevistada. Enfatizamos que os dados coletados neste estudo foram utilizados apenas nessa pesquisa e que os colaboradores participaram voluntariamente deste trabalho, atestando a confirmação por intermédio de termo de consentimento livre e esclarecido.

As informações sobre o filho e a família foram obtidas do prontuário do Instituto do Coração e incluíram: nome do filho e data de nascimento; nome, idade e escolaridade dos pais; número de gestações, duração da gestação e tipo de parto; diagnóstico do bebê. Consideramos serem esses dados suficientes para o propósito desta pesquisa, e procuramos assim evitar o excesso de informações preexistentes, objetivando a não-contaminação e o não-direcionamento das entrevistas. Com o objetivo de manter sigilo sobre as entrevistadas, os filhos foram identificados por

letras iniciais.

O roteiro das entrevistas compreendia os seguintes itens: história da gestação do filho; a transmissão do diagnóstico; comportamentos e atitudes da mãe em relação à cardiopatia congênita do filho e aos tratamentos médico e cirúrgico; os sentimentos e comportamentos da mãe em relação ao seu filho.

Os objetivos desta pesquisa foram os de compreender as repercussões das cardiopatias congênitas na relação mãe-filho, que teve por finalidade estudar os sentimentos, reações emocionais das mães de cardiopatas congênitos. Utilizou-se o referencial da Psicanálise, na interpretação dos achados das entrevistas com base nas obras, em especial, de Winnicott.

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados por meio do método qualitativo de análise de conteúdo de Bardin (1977) e foram organizados em três etapas cronológicas. A pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados desde sua interpretação. Na primeira etapa, travamos contato com o conteúdo das cinco entrevistas, contando com diversas leituras. Esta fase é chamada de "leitura flutuante", em analogia com a atitude do psicanalista (Bardin, 1977). Procedemos posteriormente ao recorte - a separação das partes do todo - dos textos em unidades comparáveis de categorização (Patton, 1990) e as agregamos - o agrupamento das partes separadas - em quatro categorias. Houve, portanto, uma redução do conteúdo das diversas entrevistas em unidades de sentido e a síntese dessas partes em categorias de análise. Realizamos, então, a análise propriamente dita. O acesso à gama de significados possíveis que se anunciaram com base no conteúdo das entrevistas só pôde ser revelado pela análise interpretativa.

Esta pesquisa seguiu os padrões do Código de Ética de Psicologia, sendo

garantidos o anonimato, o sigilo e a propagação do material coletado apenas com fins de propagação científica, sendo, portanto, de inteira responsabilidade nossa os aspectos éticos e também legais descritos nas normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos utilizadas nas resoluções do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa – COÉTICA. Ressaltamos que o projeto foi autorizado pelo Comitê Nacional de Ética e Pesquisa – COÉTICA, em 30/07/2007, com parecer número 166/2007, registro número 07-186 e CAAE 1856.0.000.037-07.

Neste estudo, os depoimentos remetem à representatividade simbólica, possibilitando, assim, a montagem de categorias de análise e a elaboração teórica sobre o conteúdo do material pesquisado. Apresentamos, a seguir, os aspectos mais relevantes apreendidos nas falas das mães, discutindo-os com base nos estudos anteriormente apresentados e em outras fontes demandadas com a classificação dos conteúdos em categorias de análise. Ressaltamos o caráter provisório e hipotético de nossas articulações teóricas, considerando a rica polissemia dos discursos maternos ante as complexas implicações subjetivas da maternidade, em geral e, particularmente, das vicissitudes da maternidade confrontada com uma avaria congênita no filho.

Apresentaremos, nesta seção, as categorias mais emergentes: a gravidez nas palavras da mãe, descobrindo a cardiopatia e o diagnóstico e suas implicações subjetivas.

Ilustraremos cada uma das três categorias com trechos das falas das mães transcritos em *itálico*, para, então, procedermos à análise e à discussão deste material. As idéias que não estiverem apresentadas com as referências de seus autores são compreensões sustentadas por nós com suporte em suas referências teóricas.

3.1 A Gravidez nas Palavras da Mãe

As entrevistadas não pareceram surpreendidas com o tema proposto. Nos trechos citados, observamos que a fala sobre os seus filhos cardiopatas ocorre tendo por substrato seu problema na gravidez, podendo-se pressupor uma equivalência entre a cardiopatia congênita e o seu filho, como se o real desse coração doente impedisse qualquer possibilidade de simbolização a respeito dele. As mães, portanto, não teriam mais nada a dizer.

3.1.1 Descobrendo a Cardiopatia

A história da cardiopatia congênita não se inicia, necessariamente, com o conhecimento do diagnóstico nem com a identificação dos primeiros sinais e sintomas da doença. Todas as mães entrevistadas tinha conhecimento de que a cardiopatia se originou no período de gestação e de que, em geral, sua etiologia era desconhecida. Houve uma inter-relação de temas abordados nas entrevistas com as mães: a maneira como a mãe interpretava a origem da cardiopatia e as condições de gestação do filho com cardiopatia congênita. Foi bastante comum, as mães relatarem que a gravidez do filho cardiopata não havia sido tranqüila.

Analisadas no conjunto, as mães durante a gestação enfrentaram situações adversas, apresentaram uma variedade de problemas. As causas mais freqüentes entre as mães que tiveram problemas ligava-se ao fato de não desejarem a gravidez: porque a gravidez se deu antes do casamento ou porque a criança representava mais uma sobrecarga ante as dificuldades de ordem financeira. Algumas das mães disseram que, durante este período gestacional, sentiram-se mais angustiadas e queixaram-se de que, neste período, também se registraram freqüentes desentendimentos e brigas com pessoas próximas e familiares. Citaram, ainda, a presença de doenças que surgiram ou agravaram na gravidez. Associaram também a origem da cardiopatia congênita do filho às causas múltiplas. A preocupação com a possibilidade de ter gerado a cardiopatia congênita aflorava sempre nas entrevistas. As mães atribuíram a presença da cardiopatia do filho às condições irregulares em que se deu a sua gestação. Destas condições, a mais comum foi a intranqüilidade vivenciada neste período gestacional.

Casei grávida com 19 anos, tive medo dos meus pais por conta da gravidez. Você sabe pais de antigamente querem tudo certinho, ainda bem que eu casei (risos). Ainda hoje eu não sei porque ele nasceu com um problema no coração... (entrevista 1).

Eu descobri e aceitei só com 5 meses, eu não queria, fiquei apavorada, com o tempo fui me acostumando, tinha medo de não saber cuidar dela. (entrevista 2).

Fazendo-se uma análise da variedade de respostas maternas relacionadas à gestação do filho cardiopata e à causa da cardiopatia, verificou-se nas entrevistas elementos comuns. Estas mães tinham uma fantasia ligada ao

aparecimento da cardiopatia em seu filho. Em relação ao conteúdo destas fantasias, três aspectos merecem serem destacados.

Em primeiro lugar, as mães acreditavam que as causas de ordem emocional poderiam ter gerado a cardiopatia. Em segundo, elas sentiam-se culpadas pela cardiopatia do seu filho. Com vínculo à gestação ou não, quer as mães assumissem a culpa ou não, apenas demonstravam que se sentiam culpadas e pensavam que, de alguma forma, haviam contribuído para a cardiopatia do filho. Em terceiro lugar, relacionou-se à gravidez indesejada, que na fantasia das mães tinha relação com a causa da cardiopatia. As mães não admitiram isto explicitamente, pois o peso de uma angústia é demasiado. A gravidez indesejada não se configurou como um dos fatores principais causadores da cardiopatia, mas foi mencionada como o principal fator de angústia na gestação.

Eu já suspeitava na gravidez dela, porque meu outro filho já tinha problema no coração [...] e meu pai também é cardiopata... (entrevista 3).

Na minha gravidez, eu tenho problema de eclampse [...] pressão alta... a gravidez sempre exige muito de mim para conseguir ir até o fim da gravidez [...] no oitavo mês comecei a sentir dores, a entrar em trabalho de parto [...] conseguiram controlar minha pressão, fizeram uma cirurgia urgentemente e tiraram ela com baixo peso e glicose baixa [...] é como se no sexto mês meu corpo não aceitasse o feto [...] a minha cirurgia da cesárea até hoje não é cicatrizada. (entrevista 4).

Esta gravidez foi diferente das outras três [...] foi um momento muito atribulado com a família e com os irmãos [...] o pai dele bebia muito, hoje não bebe mais [...] no emprego também tinha tribulação [...] não me alimentava bem, comia sal e não sabia que estava afetando ele dentro de mim [...] no começo a família me ofereceu citoteque porque diziam que eu estava com muito problema, mas não aceitei [...]

hoje quando eu olho para traz eu me acho uma monstra [...] não pensei no meu filho, só nos problemas perto de mim [...] já sabia que o meu filho ia nascer antes do tempo dizia para minha mãe [...] só Deus sabia o que eu sentia, tinha raiva e eu não dizia, só ele sabia tudo dentro de mim [...] por ajudar o povo acabei me prejudicando e prejudicando meu filho que nasceu prematuro [...] (entrevista 5).

Os dados destes três aspectos levam a crer que, com isso, o conhecimento de que a cardiopatia é originária da gestação, mas de causa desconhecida, origina fantasias. Cabe a questão: por que este desconhecimento vem acompanhado de fantasias de culpa?

Não houve condições de saber, com origem nos dados, se a gestação indesejada foi um sentimento vivenciado pela mãe à época da gravidez. Fica a hipótese, nas respostas maternas, da expressão de culpa da mãe pela rejeição do filho.

O meio social atribui ao coração uma conotação simbólica e afetiva. Com isso caber indagar se não haver alguma influência cultural na concepção materna da cardiopatia congênita.

A criança que nasce parece ser a realização de um desejo consciente, integrado em um plano de vida em relação com idéias sociais e familiares de cada sujeito (Soulé, 1987). Para Freud, é o desejo de obter do pai o pênis que será dominado pelo desejo de ter um filho. O filho torna-se, pois, o substituto do desejo do pênis. O desejo de filho provém também da vertente homossexual da relação filha-mãe. A mulher, desejando o filho, reencontra e toca própria mãe. Ela se torna sua mãe, a prolonga, ao mesmo tempo em que se diferencia dela (Soulé, 1987 p. 134).

Por isso, a gravidez reproduz o que foi vivido, é o ressurgimento de afetos antigos. É um desejo no qual o filho, como ser figurado e distinto, não tem lugar. No início, existe um período de “um branco de filho” durante o qual o filho é eliminado em benefício da vivência e da representação “de estar grávida” (Soulé, 1987).

Progressivamente, a imagem do filho aparece no psiquismo materno, mas o objeto só será real em uma data ulterior e que não existe neste momento. Isto confere ao processo biológico atual o aspecto de um sonho (Parques & Delacambre, 1980).

De acordo com Soulé (1987) pode-se descrever a vivência do início da gravidez como aquele do sonho, isto é, como a realização de um desejo. É preciso manter este efeito de sonho, “a Anunciação”, “a Visitação” com a noção de secreto, de mistério, de algo escondido. O que preenche a mãe não é a reprodução biológica, nem o embrião, mas o filho do sonho (p.141).

Soulé (1987) acrescenta:

Ele amará sua mãe de maneira ideal, pois é a melhor das mães. Ele restituirá à sua mulher seu ideal do ego e a igualará assim à sua mãe ideal. Ele satisfará totalmente sua mãe: é a Anunciação e a Visitação. A mãe com seu filho é o falo. A mulher brincando com seu filho tem um pênis. Ele torna magicamente a mãe comparável à Mãe. Ele está dentro da cabeça e não dentro do ventre, ele é inatacável. É o filho de um casal filha-mãe por pensamento mágico. O filho imaginário idealizado dotado de todas as qualidades (p. 135).

3.1.2 O Diagnóstico e suas Implicações Subjetivas

A estranheza materna diante de seu filho cardiopata leva muitas vezes as mães a tentar inscrevê-lo em algum lugar de reconhecimento desde o seu diagnóstico. O reconhecimento que se daria pela linhagem familiar pode não se sustentar diante desse filho diferente.

O diagnóstico foi difícil para mim, acho que nunca vai sair da minha cabeça, não tive coragem de perguntar, só sabia que era um problema no coração, saí desesperada para casa [...] a família tentava me acalmar [...]. (entrevista 1).

O diagnóstico foi de forma direta, quando ela tinha dois meses. (entrevista 2).

Observamos que, com suporte no diagnóstico, esse filho passa a ser referido. Antes havia outro filho ideal que foi perdido pela irrupção do problema, tornando-o agora real. As mães entrevistadas, quando se lembraram da época em que descobriram a cardiopatia em seus filhos, afirmaram ter vivenciado um período muito sofrido em suas vidas. Ficar sabendo que seus filhos eram cardiopatas significou uma grande ferida, difícil de cicatrizar. No caso da pesquisa se restringir a crianças de até os três anos de idade, as mães não precisaram se reportar ao passado, pois o diagnóstico era recente e os sentimentos dolorosos estavam sendo vivenciados ainda.

Eu já suspeitava que ela teria problema no coração por causa do irmão mais velho e do meu pai. (entrevista 3).

Fiquei passada, estressada, preocupada, mas como a médica me contou fiquei aliviada [...] me deu confiança, porque às vezes a gente recebe uma notícia, e fica em dúvida [...] uma pessoa está dizendo uma coisa para a gente e a gente não está

acreditando no que a pessoa está dizendo [...] ela me disse olhando nos meus olhos, eu acreditei totalmente nela. (entrevista 4).

Eu fiquei triste porque ela vai ter que colocar uma válvula no coração chorei muito quando descobri o diagnóstico, pedi perdão a Deus por tudo o que fiz para ele [...] tem mal que vem para o bem, sofremos os dois eu e meu filho [...] o pai dele aprendeu bastante. (entrevista 5).

As respostas relacionadas ao conhecimento do diagnóstico revelaram duas tendências predominantes, ligadas à angústia de possuir um filho cardiopata, e à mobilização de mecanismos de defesa contra a angústia.

Segundo as entrevistadas, a revelação do diagnóstico foi difícil, causando forte impacto emocional, levando as mães ao desespero e ao sentimento de desorientação. Para elas, o diagnóstico significou uma sentença de morte de seus filhos, porque era no coração o problema. Nenhuma das entrevistadas revelou a negação do diagnóstico de cardiopatia de seu filho, apesar da intensa angústia vivenciada por elas. Houve também respostas relacionadas à frustração de possuir um filho cardiopata. Esta mãe comentou que esperava que sua filha fosse saudável e normal, e não doente. Sua filha não correspondeu ao esperado ou à imagem que ela havia idealizado.

Desde a notícia do diagnóstico, as mães se deparam com a perda/luto do filho desejado. Esta perda mobiliza intensos afetos e idéias depressivas. No artigo “Luto e Melancolia”, Freud (1915[1917]/1976d) definiu o luto como “de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém” (p. 275). Descreveu, ainda, entre os seus traços, um desânimo profundamente penoso, a

cessação de interesse pelo mundo externo, e destacou como distintivo da melancolia a perturbação da auto-estima. Nesse artigo, Freud introduziu a expressão "trabalho de luto", cuja ideação se aproxima da noção mais geral de elaboração psíquica, concebida como uma necessidade para o aparelho psíquico de ligar as impressões traumatizantes (Laplanche & Pontalis, 1983).

3.2 A Perda do Filho do Desejo

Conforme estamos discutindo, existe um filho sadio desejado, em torno do qual se abre uma rede de projetos identificatórios. Esse filho é motivo de prazer. Nesta categoria, abordaremos a perda desse filho desejado pelo nascimento de um filho real com cardiopatia congênita e suas implicações na representação materna.

3.2.1 O Filho do Desejo, o Filho com Cardiopatia Congênita e o Tratamento Médico e Cirúrgico

Ficou todo mundo aflito e preocupado com a cirurgia [...] o pai nem conseguiu trabalhar na semana da cirurgia [...] Eu acho que sou a mais preocupada, pois luto com ela 24 horas. (entrevista 3).

Fiquei preocupada, mas ao mesmo tempo quando a doutora disse que ela tinha a possibilidade de se recuperar sem cirurgia, isso aí para mim foi um alívio [...] Claro que eu continuei preocupada, estava sempre ansiosa nas consultas, queria ser uma das primeiras [...] (entrevista 4).

Vou até o fim para ver meu filho saudável [...] Meu filho não foi o que a gente planejou, mas se Deus me concedeu ele, agente aceita (entrevista 5).

Esses relatos indicam uma relação entre o filho esperado e este outro filho que chega sem ter lugar esperado, no lugar de quem era aguardado e não veio. Esse filho que se apresenta agora tão doente e frágil, decepcionante para sua mãe, parece não sustentar um lugar de filho, visto que eles geralmente são imaginados como belos e saudáveis.

Minha filha fez cirurgia com nove meses. O pré-cirúrgico foi muito doído, via a criança chorando [...] os médicos vinham conversar com a gente, aí que ficava mais nervosa [...] foi mais difícil o momento da cirurgia do que o diagnóstico [...] eu

entreguei ela viva e não sabia se voltaria viva [...] Ela era viva [...] apesar de ser bem pouquinha – lágrimas. (entrevista 1).

Eu não queria que ela fizesse cirurgia, mas é o jeito. (entrevista 2).

Além da perda do bebê desejado, as mães confrontam-se com a sua baixa auto-estima. A mãe sente-se orgulhosa pelo "seu feito", aos seus olhos, ele a significa como boa por ter "produzido" esse bebê. A mãe do filho com cardiopatia congênita, freqüentemente, sente-se incompleta, incapaz. Pode-se inferir que, se o filho ficou marcado por aquilo que não tem, pelo que não é, a mãe poderá sentir-se igualmente marcada como deficiente nessa posição igual ao seu filho.

3.2.2 Sentimentos e Comportamentos da Mãe em Relação ao seu Filho

Depois da cirurgia eu ouvi dos médicos que a minha filha não era mais doente, que podia levar uma vida normal. Ainda hoje, eu tenho medo por causa da arritmia cardíaca que ela teve depois da cirurgia. Sinto que minha filha tem medo de outras crianças, acho que é por causa de mim, eu prendo muito ela, não consegue se enturmar e brincar. O pai é mais liberal, deixa ela mais a vontade. Eu prendo [...] a minha filha é muito organizada, acho que no futuro vai ser muito trabalhadora (risos). Às vezes enxergo ela como uma criança normal, às vezes não, por isso, eu prendo ela demais. (entrevista 1).

Acho que ela está viva porque tem uma missão muito importante aqui. (entrevista 2).

Imagino minha filha saudável, ela fazendo as coisas que não pode, fica cansada [...] Vejo ela brincar e não cansar mais [...] tenho a esperança que depois da cirurgia ela fique como uma criança normal. (entrevista 3).

Eu tinha medo de engravidar por causa do meu primeiro filho que teve problemas no coração mais ficou bom, mas eu queria ter uma filha, aí eu pulava os comprimidos para ver se, algum dia, eu tinha sorte de engravidar [...] fazendo isso, sabia que estava correndo o risco de engravidar [...] quando eu descobri que estava grávida e de uma menina fiquei com uma espécie de depressão, fiquei com muito medo [...] porque penso que o coração é o centro do corpo. Principal órgão do corpo. Se não tem coração... a gente não existe sem ele... ele é o que armazena tudo... nossos sentimentos e, ao mesmo tempo, sem ele, o nosso corpo não funciona. Então, ele tem duas funções: uma para o nosso corpo se mover e outra para gente poder viver e ser alguém. (entrevista 4).

O meu filho está doente por culpa minha, pedi perdão a Deus [...] ele mexeu muito com o nosso e com o meu coração. (entrevista 5).

Os pais, normalmente, pedem diagnósticos, avaliações, indicações, remédios, numa demanda de correção do corpo estragado. Os pais, quando buscam ajuda para o filho, independentemente de sua condição real, falam a um outro imaginário. Falam à criança narcísica que gostariam de ser e do insucesso da criança para o gozo social, em que a criança é situada e oferecida como virtualidade a ele correspondente (Balbo, 1991). Diante dessa criança tão distante dos ideais sociais, os pais vão buscar profissionais que sejam capazes de alcançar a cura total, restaurando esse filho em falta, ou então, um profissional que saiba sobre o destino dessa criança.

Coriat (1997) ressalta que os pais, muitas vezes preocupados em tamponar a falta que a criança encarna, obstruem qualquer possibilidade de se estabelecer o lugar da falta como condição imprescindível para o surgimento do desejo. É exatamente um furo no saber do Outro que possibilita a constituição do sujeito na qualidade de desejante.

Jerusalinsky (1989) chama atenção para a angústia diante do desconhecimento dos pais em relação ao futuro de seus filhos deficientes, o que os leva a buscar o máximo de tratamentos e atividades de estimulação. O desconhecimento com relação ao futuro dessa criança não é tão diferente do desconhecimento que cerca a vida futura de qualquer sujeito.

Os fenômenos psíquicos são considerados fatores de difícil avaliação e correção, dentro de uma perspectiva preventiva. Fica como um reduto do que cientificamente é desconhecido, ou seja, do que escapa ao olhar da ciência: o psiquismo.

No que concerne à pesquisa, ficou evidente o papel exercido pelos estados psíquicos dessas mães relacionadas às cardiopatias congênitas dos seus filhos. As experiências emocionais intensas vivenciadas no período gestacional podem ser atribuídas do ponto de vista subjetivo, às alterações do funcionamento anatômico e funcional cardíaco de seus filhos, sobretudo as cardiopatias congênitas que possuem certas peculiaridades e diferenças das outras doenças cardíacas, por apresentarem o diagnóstico logo no útero, no nascimento da criança ou na primeira infância.

Trata-se da elaboração da ferida narcísica da mãe na relação com seu filho cardiopata, que é imprescindível no sentido de que este não corresponde à imagem que ela havia idealizado, propiciando a ela buscar em si e não no filho

cardiopata o sentido das suas frustrações. Pode-se, também, nesta fase, auxiliar esta mãe e a criança na elaboração do diagnóstico, no sentido de fazê-los compreender que a cardiopatia não é assim tão catastrófica, que pode ser tratada (Giannotti, 1996).

Em “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud (1914/1976b) acrescenta:

Já iremos observar que a hipótese de que no indivíduo não existe desde o início uma unidade comparável ao eu é absolutamente necessária. O eu tem que ser desenvolvido. Por outro lado, os instintos auto-eróticos são primordiais. Para construir o narcisismo deve vir a somar-se ao auto-erotismo algum outro elemento, um novo ato psíquico.

Este ato psíquico que Freud (1914/1976b, p. 62) deixa entrever (“o estádio do espelho”) dá à criança a possibilidade de ser Una, e assim empreender o caminho da diferenciação. Inicialmente, o corpo da criança constitui-se por projeção mental e, só posteriormente, “se tudo anda bem”, exercerá o domínio do próprio corpo.

De acordo com Levin (1995), a criança, para construir o seu espaço e o seu corpo, não só deverá se identificar com a imagem especular, mas também deverá separar-se dela. Para isso, terá que gerar um espaço e um corpo diferentes do corpo materno; de ser Uno com a mãe a poder separar-se dela. É nesta passagem na qual surge a zona transicional, tanto no bebê quanto na mãe (p. 63).

À criança, esta zona transicional permitirá suportar a ausência da mãe, e a mãe a ausência do filho.

Em “O brincar e a realidade”, Winnicott (1971/1975) expressa:

É claro que o transicional não é objeto. Este representa a transição do bebê, de um estado em que se encontra fusionado à mãe a outro de relação a ela como algo exterior e separado.

Este brincar de presença e ausência permitirá finalmente à criança encontrar uma porta de entrada aberta para separar-se do corpo materno.

Outro aspecto relevante a ser considerado é que a mãe pode ser, também, auxiliada na elaboração de suas fantasias de culpa, podendo compreender que não é responsável pelo fato de ter gerado um filho cardiopata.

No que diz respeito à cirurgia do filho com cardiopatia congênita, a mãe pode vir a elaborar a angústia de morte associada aos riscos da cirurgia.

No que se refere às mães, devemos auxiliá-las para que possam resolver problemas pessoais ligados a sua ferida narcísica, buscando em si e não em seus filhos a origem de suas angústias, não cristalizando assim em seu filho esse “defeito imaginário”.

E ainda, Freud (1914/1976b), em “Sobre o narcisismo: uma introdução” , refere-se à atitude afetuosa dos pais como revivescência e reprodução do próprio narcisismo; ao filho são atribuídas as perfeições e ocultadas ou esquecidas as deficiências:

[...] sentem-se inclinados a suspender em favor da criança o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar e a renovar em nome delas as reivindicações aos privilégios de há muito por eles próprios abandonados [...] ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação. Sua majestade, o bebê. (p.108)

Com o nascimento de um bebê, abre-se o futuro da linhagem parental. Reconhecer-se no filho sustenta a fantasia dos pais de continuidade e de imortalidade, e isso faz o nascimento ser motivo de celebração. Quando alguém olha um bebê e comenta sobre ele, a mãe comumente agradece. Esse elogio é tomado como a confirmação de sua potência-competência. Seu olhar é de admiração, o bebê é seu cetro e ela, sua majestade, a mãe deste bebê. No nascimento ordinário referimos à sua majestade, o bebê (Freud, 1914/1976b).

Em torno do bebê que acaba de nascer, consciente e inconscientemente, abre-se uma rede de expectativas e desejos: as marcas fundantes da subjetividade dessa criança, sustentadas nesse vínculo inicial mãe-bebê.

O nascimento de um filho mobiliza um certo grau de angústia nos pais e, quando se trata de um nascimento de um filho com cardiopatia, parece constituir um abalo psíquico que se abate sobre eles. O bebê que nasce com um defeito orgânico é motivo de complexas e ambivalentes fantasias maternas que envolvem culpabilidade, ressentimento e agressividade.

3.3 Apelo a um Terceiro: Médico, Deus, Pai

Sempre penso: quem tem Deus tem tudo. (entrevista 1).

Sempre quando eu penso no pior, eu penso em Deus [...] entrego nas mãos de Deus e dos médicos. (entrevista 2).

Eu confiei inteiramente na médica [...] confiei também em Deus [...] porque ela disse que ia ficar boa em um ano e, graças a Deus, pode-se dizer que foi. (entrevista 4).

Eu penso que o coração é a fonte mais forte de viver [...] o coração é Deus, é como se a gente vivesse sem Deus sem o coração, é no coração que a gente transforma a vida [...] O coração é o amor. (entrevista 5).

3.3.1 Apelo à Ciência

Observamos que, na busca por um saber que possa dar sentido às causas do nascimento desse filho com problemas, a mãe recorre à palavra do médico, a um saber "científico". Tal saber, todavia, parece não oferecer uma resposta às indagações motivadas pelo padecimento materno, já que o campo de conhecimentos da ciência a partir do qual a palavra dos especialistas tem força parece constituir um discurso vazio, um discurso que inunda a mãe de informações científicas, mas que, por aspirar à completude e à totalidade, não suporta simbolizar a angústia.

3.3.2 Apelo a Deus

Percebemos que as participantes da pesquisa evocavam, com freqüência, Deus, apelando, então, por um sentido espiritual, no qual parecem projetar um saber possível.

Na busca de sentido situa-se a possibilidade de um trabalho de elaboração psíquica dessas mães. Fazemos uso do vocábulo trabalho em referência ao texto freudiano “Luto e melancolia” (1915[1917]/1976c), no qual são abordados os aspectos do processo de luto como trabalho que exige do sujeito um empreendimento narcísico e um engajamento em projetos outros que tenham consistência no laço social.

A formação de projetos identificatórios rígidos pode indicar riscos psíquicos, tanto para o bebê como para a mãe. Jerusalinsky (1999) considera que:

No real, esta criança não é como os outros, e esta irrupção do limite num lugar em que não se espera produz [...] um efeito sinistro [...] os pais podem fazer esforços explicativos para suavizar este efeito [...] Tornar-se-ão, então, alternativamente mártires ou vítimas de um castigo [...] missionários reparatórios, talvez estóicos e orgulhosamente guerreiros sociais por seus filhos (p. 102).

3.3.3 Apelo ao Pai

A investigação sobre a paternidade pela Psicanálise vem desde os primórdios, tendo a obra freudiana como precursora. Sua clínica era o espaço de elaboração e compreensão da estruturação psíquica humana, o que trouxe muitos seguidores, dentre eles Winnicott (Lang, 2002).

Charles Lang (2002) traz grandes contribuições acerca da compreensão do pai. Historicamente, o autor exprime que, na Antigüidade, parece ter sido diferente. Deus e o pai eram referência e havia uma relação especular entre eles. Um representava o outro e um alimentava a imagem do outro em espaços distintos. O pai respondia diante de Deus, e Deus somente se manifestava, decisivamente, para o pai, que O mediava diante dos outros.

O pai, como aquele que designava lugares, tinha seu lugar assegurado por aparatos jurídicos e religiosos. Seu lugar não era questionado e, se era, não havia como questioná-lo. Ele era o Senhor político e religioso, existia antes dos filhos, tinha a potência e a autoridade, o direito sobre os filhos, o direito aos filhos e o direito dos filhos. A família não era a sua condição, mas derivava dele. Em suma, o pai estava assegurado, protegido das perguntas inconvenientes e, por ser absoluta, sua palavra era a primeira e a última.

Winnicott (1960/1965b) traz grandes contribuições ao lugar dos pais, e valoriza também o papel do pai no desenvolvimento do bebê. Winnicott dedica em sua obra afirmações bem detalhadas a respeito desse pai.

Winnicott (1945/2000b) escreve que, quando o pai entra na vida da criança como pai, ele assume sentimentos que já alimentava em relação a certas

propriedades da mãe. E, para esta última, constitui grande alívio verificar que o pai se comporta da maneira esperada.

Winnicott (1971/1975) revela o papel do pai atrelado às mudanças históricas, como escreve: [...] “O primeiro aspecto que quero dizer é que o pai é necessário em casa para ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito. Uma criança é realmente sensível ao relacionamento entre seus pais...

O segundo aspecto se refere ao pai ser necessário para dar à mãe apoio moral, ser um esteio para a sua autoridade, um ser humano que sustenta a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança.

[...] O terceiro aspecto a dizer é que a criança precisa do pai por causa de suas qualidades positivas e das coisas que o distinguem de outros homens, bem como da vivacidade de que se reveste a sua personalidade” .(p.129)

O autor inscreve-se numa tradição que busca ir além do Édipo, que investiga o universo mãe-bebê, um universo “pré-edipiano”, abandonando o pai e priorizando a díade. Ele dá ênfase mais no cuidado do que na responsabilização, mais marcada pelo materno do que pelo paterno.

Para Winnicott (1971/1975), a questão do pai está dispersa e não é explícita. Quando ele fala ou em “mãe suficiente boa” ou do papel da “maternagem”, o pai pode não estar excluído, mas não é definido o que nisso é propriamente paterno: “[...] depende da atitude que a mãe tome, o pai acaba ou não por conhecer o seu bebê” (p.14). Ela é o pólo que prepara (ou não) a chegada do pai, e ela determina se ele vai conhecer o bebê. [...] O modo de ser do pai naturalmente determina a maneira como a criança usa ou não esse pai, na formação da família dessa criança particular.

O mais lógico seria dizermos que todo bebê, para se desenvolver de forma saudável, deve ser bem-cuidado tanto pela mãe quanto pelo pai: é a isso que se refere a expressão “cuidado paterno”; mas, como se situa o pai nessa história? O pai é sempre um bom pai quando é uma boa mãe, porém, essa é uma conclusão suficiente?

Pela lógica que vai se revelando, não há um bebê, uma mãe e uma relação mãe-bebê, que constituiria a díade mãe-bebê, e logo um pai, o que constituiria uma tríade. Tem-se a unidade mãe-bebê, dada por um *setting* em que potencial e ambiente se suplementam: um não existe sem o outro, e aquilo que constitui um é adicionado pelo outro. E essa unidade suplementaria somente pode tornar-se uma díade sob duas condições suplementares: (a) a díade normal, e esperada: aquela em que a mãe normal “adoece”, em que ela “cai” numa preocupação materna primária e propicia um *setting* ou um ambiente especializado. Há, na mãe, um potencial (a preocupação materna primária), atualizado por um ambiente, o bebê; e há no bebê um potencial de desenvolvimento atualizado por um ambiente, uma mãe suficientemente boa. Se essa complementaridade ocorrer, chega-se à díade, ou seja, a primeira unidade pode desenvolver-se em uma pessoa total e apresentar-se diante de outra pessoa total: o pai; e (b) a saída anormal, indesejada: aquela em que a mãe, afetada por um distúrbio psiquiátrico, foge de uma doença “normal” (a preocupação materna primária) para a sanidade, e não fornece nem um *setting* nem um ambiente especializado e permite que seu bebê sofra invasões e a elas tenha que reagir. Então, o bebê passa a relacionar-se mais com reações a invasões do que com qualquer meio. Aqui, temos a constituição de uma díade precoce desde o rompimento da complementaridade e da exigência contínua de complementaridades que possam obturar o estrago produzido pela falha materna.

Nesse sentido, a tríade pode ser buscada como mais uma dentre tantas complementaridades.

Winnicott (1960/1965b) indica que o envolvimento do pai já na gestação parece ter importantes implicações para o desenvolvimento das primeiras relações pai-bebê e mãe-bebê.

Para Winnicott (1960/1965b), um pai forte, respeitado e amado, é incomparavelmente melhor do que uma combinação de qualidades maternas, normas e regulamentos, permissões e proibições, coisas inúteis e intransigentes. É melhor um pai real, e a criança chega a ele por meio do que já é, por ela, esperado. O pai não é uma alteridade radical, mas uma identidade reconhecida na mãe embasada em qualidades e sentimentos relativos a propriedades dessa mesma mãe. Na mãe, começa a experiência do pai. E o pai se comportará de um modo mais ou menos já esperado, o que é um alívio para a criança. O pai não é conhecido *per se*, mas como o outro no mesmo, não-mãe na mãe, pode-se dizer.

O pai, prossegue Winnicott (1960/1965b), é apoio moral e esteio para a autoridade materna. Ele é um ser humano que sustenta a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança. A mãe implanta, o pai sustenta. Contudo ele não precisa, contudo, estar ali presente o tempo todo. Ele não pode, no entanto, estar absolutamente ausente. Ele tem de aparecer de vez em quando, para que a criança sinta que o pai é um ser vivo e real.

Se a mãe é o transicional entre um *setting* materno e o *setting* paterno, logo o pai se mostra como o objeto transicional entre a unidade familiar e a sociedade em geral, e, quando pai e mãe aceitam facilmente a responsabilidade pela existência da criança, o cenário fica montado para um bom lar (Winnicott, 1960/1965b, p. 130).

Por isso, a importância do olhar sobre esse lugar do pai, um olhar que pode ainda mais ampliar a compreensão do campo teórico-clínico de um fenômeno universal que é a paternidade.

É imprescindível, independentemente da configuração familiar, que as crianças sejam cuidadas e desejadas, e que exista uma presença que oferecer-lhes um lugar configurado com seus afetos e limites.

Apesar de haver um impacto cultural e subjetivo provocado pelas novas formas de parentalidade, promovidas com as mudanças nos papéis parentais, nas experiências de gênero feminino e masculino e no controle sobre a procriação, os lugares materno e paterno continuam precisando ser demarcados como funções que podem ser exercidas por diferentes personagens empíricas, mas que têm que causar efeitos de organização geracional, situando o sujeito no social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da minha experiência profissional e singular em Cardiologia, suspeitávamos que as experiências das mães com um filho cardiopata deveriam ser as mais diversas e a forma de lidar com a doença também. Esta dissertação trouxe-nos conhecimento, reflexões e algumas elaborações. Indubitavelmente, pensamos que contribuirá para a comunidade científica e os demais interessados pelo tema cardiopatia congênita. Pôde-se constatar nas entrevistas com as mães que se apresenta elevado o índice das cardiopatias congênitas.

A relação mãe-filho, marcada pela cardiopatia congênita, caracteriza-se por uma fase de instabilidade psíquica e de vivências emocionais bastante semelhantes, independentemente do nível educacional ou sociocultural da família.

Desde o início da dissertação, havia uma hipótese de que o coração tinha uma significação simbólica, e que, para essas mães, era familiar a expressão de sentimentos como fragilidade, insegurança e medo. Apesar das hipóteses levantadas, foi mantida, o máximo possível, a neutralidade, tornando a pesquisa mais fidedigna.

Esta pesquisa foi focalizada no conhecimento e compreensão sobre o que ocorre a nível subjetivo na relação mãe-filho com cardiopatia congênita, além de investigar os possíveis fatores psicológicos relacionados à ocorrência da cardiopatia congênita. Assim, é importante fazer com que os cardiologistas e os profissionais da área de saúde tenham a oportunidade de compreender melhor os seus pacientes e a suas mães, que passam pela angustiante experiência de gerar um filho com cardiopatia congênita e, ainda, compreender o impacto que a

cardiopatia ocasiona no mundo subjetivo, o medo e pavor do desconhecido, a dor psíquica e a relação entre esperança e desesperança.

Os achados da pesquisa demonstraram que os cardiopatas congênitos não possuem apenas um defeito cardíaco anatômico e funcional, que podem ser corrigidos com a intervenção cirúrgica. Eles portam algo que ultrapassa a malformação cardíaca, a marca de um estigma que encontra sentido no vínculo com a mãe e que foi ou vai ser internalizado por meio do dito ou do não-dito na relação familiar.

De acordo com Giannotti (1996), no que diz respeito às questões psicológicas dos cardiopatas congênitos, parece residir a ferida narcísica das mães, que não aceitam ou não suportam ter um filho cardiopata. De um lado, vemos o que um abalo psíquico de um filho com “defeito” pode representar para a capacidade da mãe de maternar, por outro lado, por parte da mãe, há um sentimento de culpa, de ter deixado que o seu filho nascesse cardiopata. Tais sentimentos irão modelar toda a sua conduta, de forma a influir, significativamente, em seu desenvolvimento da personalidade e ajustamento (p. 156).

Ao tratar este tema, Lima (2003, p. 105) expressa que a criança representa o vir-a-ser, sendo projetada para o adulto ideal, que vai ao encontro dos ideais narcísicos dos pais. Os pais, ao sonharem com o filho ideal, constroem um sujeito imaginário, antecipando-o, mesmo antes de sua presença concreta. Ao nascer, ele se torna totalmente dependente de um Outro, que o toma sob seus cuidados, oferecendo-lhe a possibilidade de sobrevivência e de inserção no universo simbólico. Nas palavras de Lima (2003, p. 106), a marca da patologia pode alcançar tamanha proporção imaginária que, no tempo inaugural da constituição de sua subjetividade, a criança é afetada na sua estruturação, identificada com essa

imagem oferecida pelo Outro, não podendo ser nada mais além do que sua patologia o define.

A imagem corporal narcisista tem como precursor o rosto materno. Winnicott (1971/1975, p. 48) acentua que, quando uma criança olha sua mãe, se vê refletida no olhar dela. “Em outras palavras, a mãe olha a criança e o que a mãe parece, relaciona-se com o que ela vê na criança”.

Sobre o rosto, olhar e o narcisismo, Samí Alí (1979, p. 116) entende que “perceber o rosto da mãe em sua diferença em relação a outros rostos é, pois, pressentir a possibilidade de ter um rosto diferente do da mãe”. A criança é uma imagem e assim possui a imagem unida de seu corpo.

Dentro da conduta materna, interagiram e emergiram tais sentimentos: a rejeição, a culpa e a superproteção. As mães podem ser agentes responsáveis pelos problemas de ajustamento dos cardiopatas congênitos. A cardiopatia congênita é geralmente identificada na infância, numa fase crucial para a formação de personalidade. As mães, numa atitude de superproteção, podem dar limites em demasia ao filho cardiopata, fazendo-o viver restrito em suas limitações, mesmo que pela cardiopatia não sejam impostos.

Foi observado, entretanto, o fato de que os problemas emocionais não se solucionam com a correção cirúrgica. As mães e seus filhos cardiopatas, muitas vezes, não estão preparados para enfrentar a nova condição orgânica. As mães, por sua vez, também por não estarem preparadas psiquicamente para a cura de seus filhos, podem permanecer como se os dois corações (mãe-filho), batessem como se fosse um só coração.

Concordamos com Giannotti (1996), quando ressalta que as mães, mesmo com a operação dos filhos, podem não curar a sua ferida narcísica e

continuar não admitindo o fato de terem gerado um filho cardiopata, ou porque elas encontram na cardiopatia do filho uma forma de mascarar seus problemas psicológicos. Com isso, seu sofrimento fica e suas preocupações não representam conseqüência da maneira como levavam a vida e seus problemas mentais, mas geradas pelo fato de ter um filho cardiopata. Como abnegadas e dedicadas aos filhos doentes, poderia obter ganho secundário perante o meio social (p. 159).

Segundo (Lima, 2003), a imagem narcísica dos pais se vê atingida, sendo o corpo doente a representação da impossibilidade da extensão narcísica dos pais nos filhos, como um desconhecimento desse ser em falta. Nesse estranhamento, o saber médico pode encobrir o desconhecimento e oferecer uma identidade ao portador da patologia.

É importante considerar a diferença entre as expressões “filho cardiopata” mais voltada para um saber médico, e “criança com cardiopatia” dirigida para um saber subjetivo. Em virtude de poder realizar uma desconstrução desta identidade da criança com estigma de doente, substituindo, assim, a identidade particular para uma identidade no campo identificatório e, portanto, subjetivo.

Tratamos por meio da Psicanálise, da sustentação do tema cardiopatia congênita, no sentido de oferecer aos pais a possibilidade para a realização de um luto por esse filho imaginário, condição necessária para que eles possam investir no tratamento do filho cardiopata.

Neste sentido, compreender a cardiopatia congênita na relação mãe-filho é essencial à formação da estrutura simbólica e à infância destas crianças.

Devemos considerar que as cardiopatias congênitas podem estar relacionadas também às questões emocionais maternas. Podemos concluir que a possibilidade de cura ou resignificação da cardiopatia não estará ligada apenas aos

avanços da Medicina e da técnica cirúrgica, mas ao acompanhamento psicológico individual e singular das mães. É necessário um tratamento multidisciplinar, que propicie a saúde de uma maneira global.

As dificuldades de ordem emocional, evidentes no paciente cardiopata e sua família, necessitam ser amparadas, para que estes possam elaborar seus conflitos. As estratégias preventivas podem ser realizadas individualmente ou em grupos de mães para que troquem entre si suas fantasias.

Outra perspectiva de ver a cardiopatia congênita e a relação mãe-filho veio do discurso materno no que diz respeito aos lugares onde ela colocou o médico, o pai e Deus. Nesta óptica, esta tríade veio marcar ou tentar dar conta da cardiopatia congênita e o processo de subjetivação. O sintoma da criança pode dá testemunho da culpa da mãe e sua própria falha e da possibilidade de reconhecer-se como ser de falta.

A complexidade subjetiva envolvida na relação mãe-filho deve ser considerada em sua importância, especialmente quando a gestação de um filho é cercada de angústia pela fratura de ideais narcísicos, mas não podemos deixar de refletir que existe um sujeito, que, apesar dos limites que esta lhe impõe, tem questões a colocar sobre o sentido da sua existência, buscando descobrir (construir) seu lugar no mundo; ou seja, essas “crianças especiais” devem ser consideradas como portadoras, não de necessidades, mas de desejo (Lima, 2003, p. 111).

Considerando a teoria winnicottiana, podemos pensar na questão central que permeou toda a pesquisa sobre os sentidos da cardiopatia congênita na relação mãe-filho. Cabe a questão: Por que, diante das mesmas situações causadoras de angústia e conflitos emocionais, algumas mães possuem maior vulnerabilidade ou respondem de maneira diversa de outras, vindo a ser seu filho doente do coração?

A resposta nos escapa, pois diz respeito à complexidade que marca o inexorável do humano, sofrente em sua singularidade, como nos ensina a Psicanálise, quando afirma que somos marcados pelo mal-estar (Freud, 1930/1976). Não há como considerar respostas que curem, entretanto, podemos apreender que, considerando cada história como única, cabe a cada sujeito encontrar maneiras de se deparar com o desejo.

Acreditamos que novas pesquisas poderão oferecer outras perspectivas de apreensão teórica dessas questões. Um dos aspectos que merecem destaque é que a etiologia das cardiopatias congênitas é, na maioria dos casos, desconhecida. De qualquer forma, fica a hipótese levantada de que os aspectos subjetivos configuram como importantes para a compreensão da gestação de um filho com cardiopatia congênita.

Desse modo, consideramos que o sentimento de estar vivo não decorre exclusivamente do fator constitucional ou biológico, mas de uma conquista contínua que implica um ambiente facilitador (Winnicott, 1983).

Finalmente, apontamos, por oportuno, algumas contribuições e desdobramentos desta pesquisa, longe da pretensão de exaurir tais temas, tão ricos em sua economia subjetiva e simbólica.

Emerge como reflexão, com origem no nosso radical encontro com o sofrimento envolvido na maternidade e na gestação de crianças com patologias congênitas, a necessidade de uma escuta psicanalítica aos pais e, em especial, às mães. Para que elas tenham a oportunidade de falar do desejo pelo filho ideal, diante do traumatismo provocado pelo filho real e “doente do coração”, numa tentativa de simbolização, para que as mães possam imaginar esta criança real e projetar sobre ela algum futuro promissor.

Analisa Ogden (2002), na escrita de Winnicott, estilo e conteúdo são interdependentes, seus artigos não combinam com uma leitura temática com o único objetivo de apreender “do que se trata o artigo”. Na maioria das vezes, Winnicott não usa a linguagem para chegar a conclusões. Ao contrário, usa a linguagem para criar experiências de leitura inseparáveis das idéias que apresenta ou, mais acuradamente, as idéias com as quais brinca [...] não é exagero dizer que muitas passagens dos artigos de Winnicott merecem ser chamados de poemas em prosa. Nessas passagens, a escrita de Winnicott vai ao encontro da definição de poesia de Tom Stoppard (1999, p.10), como uma “simultânea compreensão de linguagem e expansão de significado” (Ogden, 2002, p. 737).

Parafraseando o estilo poético da escrita de Winnicott, sugiro a essas mães que possam pensar na frase do poeta Carlos Drummond de Andrade (1902-1987): a dor é inevitável, o sofrimento é opcional.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1972). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Allan, L. D., Tynan, M. J., Campbell, A., & Anderson, R. H. (1981). Identification of congenital cardiac malformations by echocardiography. In Heart J. *Mid trimester fetus*.
- Balbo, G. (1991). *Demanda e transferência*. Texto da conferência realizada em Porto Alegre, promovida pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre.
- Ballone, J. G., Neto, E. P., & Ortolani, I. V. (2002). *Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática*. São Paulo: Manole.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. (70ª ed.). Lisboa.
- Békei, M. (1984). *Transtornos psicossomáticos em la niñez y adolescência*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Berlink, M. T. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta
- Bleger, J. (1988). *Simbiose e ambigüidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Camargo, K. R., Jr. (2003) *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.
- Cardoso, L. L. (1989). *Interação com os pais de crianças portadoras de cardiopatias congênitas*. São Paulo: Papirus.
- Cavalcante, V. P., Jr., Daher, C. V., Sallum, F. S., Janete, M. B., & Croti, V. A. (2004). Situação das cirurgias cardíacas congênitas no Brasil. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, Vol. 19(2). Acessado em 30 out. 2007.
- Coriat, E. (1997). *Psicanálise e clínica de bebês. A psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Costa, F. J. (2004). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Dias, E. O. (1999). Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. *Revista Natureza Humana*, 1(2). São Paulo: Educ.
- Doueih, M. (1999). *Histórias perversas do coração humano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Fernandes, H. M. (2003). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Freud, S. (1976a). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VII) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S. (1976b). *Sobre o narcisismo: uma introdução* (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914).
- Freud, S. (1976c). *As pulsões e seus destinos*. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
- Freud, S. (1976d). *Luto e melancolia*. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915[1917]).
- Freud, S. (1976e). *O estranho*. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVII) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919).
- Freud, S. (1976f). *O ego e o id*. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIX) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923).
- Freud, S. (1976g). *O problema econômico do masoquismo*. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIX) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1924).
- Freud, S. (1976h). *Mal-estar na civilização*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1930).
- Gollema, T. L. (2006). *Neonatologia: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal*. Porto Alegre: Artmed.
- Jerusalinsky, A. (org.) (1989). *Psicanálise e desenvolvimento infantil – um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jerusalinsky, A. (1999). A direção da cura do que não se cura. In Jerusalinsky, A.; Tkach, C.; Sykuler, C.; Tadey, E.; Coriat, E.; Levin, E.; Levy, E.; Garbarz, J.; Ranieri, L.; Coriat, L.; Groisman, M.; Arias, M.; Foster, O. H.; Brandão, P. C.; Sued, R.; Bruckman, S.; Molina, S. & Paez, S. C. (Orgs.). *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar* (pp. 89-106). Porto Alegre: Artes e Ofícios Editora.
- Lamosa, B. W. R. (1990). As peculiaridades da atenção psicológica dispensada em unidades hospitalares de cardiologia. In Belkiss W., & Lamosa, R. (orgs.). *Psicologia aplicada à cardiologia*. São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Lang, C. (2002). *Um pai que não é lembrança: ensaios sobre a questão do pai em Freud*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1983). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lima, N. L. (orgs.) (2003). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental*. Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC.
- Macedo, J. A., & Ferreira, M. (1996). *O seu bebê tem uma cardiopatia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mannoni, M. (1987). *A criança, sua doença e os outros*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Minayo, M. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Newman, A. (2003). *As idéias de D. W. Winnicott: um guia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Ogden, H. T. (2002). *Lendo Winnicott*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 36 (4): 737-755.
- Oliveira, M. F. P. (org.). (1995). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. Campinas. São Paulo: Papyrus.
- Ortega, F. Fenomenologia da visceralidade: notas sobre o impacto das tecnologias de visualização médica na corporeidade. *Cad. Saúde Pública*, Dez 2005, vol. 21, n. 6, pp.1875-1883.
- Parques P. J. Delcambre G. Dessins de corps d'enfantes imagines pendant la grossesse, in "Corps d' enfant", pp. 201-218, Cahiers du Nouveau-Né, n. 4, stock-Edit, 1980.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage Publications.
- Raimbault, G. (1979). *A criança e a morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Rey, G. (2002). *Pesquisa Qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Samí, A. (1979). *Corpo real e corpo imaginário*. Buenos Aires: Paidós.
- Soulé, M (org.) (1987). *A dinâmica do Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stoppard. T. (1999). *Pragmatic theater*. *The New York Review of Books*, 46 (14):8-10, Sept.23.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Volich, R. M. (2002). *Hipocondria: impasses da alma, desafios do corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1949). *A mente e a relação com o psicossoma*. Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D. W. (1956). *Preocupação materna primária*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (2000a). Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. In Winnicott, D. W. (1958) *O papel do espelho da mãe e a família no desenvolvimento da criança*. Rio de Janeiro: Imago
- Winnicott, D. W. (2000b). Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. In Winnicott, D. W. (1945) *Desenvolvimento emocional primitivo*. Rio de Janeiro: Imago
- Winnicott, D. W. (1965a). *A integração do Ego e o desenvolvimento da criança*. In Winnicott, D. W. (1965)
- Winnicott, D. W. (1965b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In Winnicott, D. W. (1960) *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1971a) *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora. (Originalmente publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (1971b). *A localização da experiência cultural*. In Winnicott, D. W., (Originalmente publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (1971c). *A criatividade e suas origens*. In Winnicott, D. W., (Originalmente publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1986). Vivendo de modo criativo. In Winnicott, D. W., (Originalmente publicado em 1986).
- Winnicott, D. W. (1989a). *A experiência mãe-bebê de mutualidade*. In Winnicott, D. W., (Originalmente publicado em 1970).
- Winnicott, D. W. (1989b). *As bases para o Self no corpo*. In Winnicott, D. W., (Originalmente publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1989c). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes (Originalmente publicado em 1986).
- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, (Originalmente publicado em 1989).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. (D. L. Gogoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1971).

Winnicott, D. W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.

Wunemburger, J. J. (2006, julho/dezembro). *O arquipélago imaginário do corpo virtual*. Rio de Janeiro: Alea, 8(2).

Zorning, S. (2000). *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta.

Roteiro Semi-Estruturado de Entrevistas

- 1- Fale sobre sua gravidez.
- 2- O que pensam os pais no pré e pós- cirúrgico cardíaco de um filho?
- 3- Quais os sentimentos do pai frente à cardiopatia do filho?
- 4- Quais os sentimentos da mãe frente à cardiopatia do filho?
- 5- Qual a relação dos pais frente ao filho cirurgiado?
- 6- O que os pais pensam sobre a possibilidade de morte durante a cirurgia cardíaca?
- 7- O que os pais pensam sobre as várias intervenções cirúrgicas necessárias ao filho cardiopata?
- 8- Que lugar os pais colocam o filho cardiopata em detrimento aos outros filhos não cardiopatas?
- 9- Como os pais enxergam o futuro de um filho com cardiopatia grave?
- 10- Como é o cotidiano dos pais com um filho cardiopata?
- 11- O que o coração representa para os pais?



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER Nº. 166/2007

Projeto de Pesquisa: Um coração para três os sentidos da cardiopatia infantil na relação mãe-pai-filho a partir dos discursos dos pais.

Pesquisador Responsável: Wecia Muallem Sousa de Moraes

Data de apresentação ao COÉTICA: 09/07/07

Registro no COÉTICA: 07-186

CAAE: 1856.0.000.037-07

Parecer: APROVADO na data de 30/07/07

Prof. Dr. Haroldo Rodrigues de Albuquerque Júnior
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

Vianney Mesquita (Reg. Prof. nº CE01-189JP)

Revisão Gramatical e Estilística de Textos
Docente da Universidade Federal do Ceará
Acad. Titular (Cad nº 37) da Acad. Cearense de Língua Portuguesa

DECLARAÇÃO

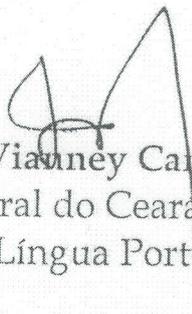
Declaro, para constituir prova junto ao (à)
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA UNIVERSIDA-
DE DE FORTALEZA - UNIFOR

que procedi ao trabalho de revisão estilística e gramatical
do(a) DSSERTAÇÃO, intitulado(a) "OS SENTIDOS DA CAR-
DIOPATIA CONGÊNITA NA RELACÃO MÃE-FILHO: CONTRIBUI-
ÇÕES PSICANALÍTICAS DE WINNICOTT

, da autoria de
WECIA MUALEM SOUSA DE MORAES

orientado(a) pelo(a) PROF.ª DR.ª NEÔNIA CAVALCANTE TEIXEIRA,
pelo que assino a presente.

Fortaleza, 05 de DEZEMBRO de 2007


Prof. João Vianney Campos de Mesquita
Universidade Federal do Ceará e Academia Cearense da
Língua Portuguesa

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)