

Extensões da psicologia clínica para a área de saúde e de instituições*

José Tolentino Rosa

Universidade Metodista de São Paulo
Universidade de São Paulo

Rita Aparecida Romaro

Universidade São Francisco

Eliana Marcelo de Felice

Universidade de São Paulo

Ana Augusta Maria Pereira

Instituto Dante Pazzaneze de Cardiologia
Universidade de São Paulo

Raquel Aline Mazzi Batista

Hospital Cândido Ferreira

Universidade de São Paulo

Karin Lundberg

Universidade de São Paulo

Graziella Fava Vizzello

Universidade de Pádua – Itália

Resumo: Um modelo teórico, com suas derivações de estratégias de aplicação, nascido em um momento específico da organização social, tem de modificar-se quando há mudanças organizacionais, para manter sua eficácia. O presente trabalho discute a importância do diagnóstico como um instrumento para a compreensão dos potenciais do indivíduo e da situação. A psicoterapia breve psicanalítica pode ser ampliada para atendimento de pacientes *borderline*, bastando, para tal, fazer estudos cuidadosos sobre modificações teóricas e técnicas e avaliação dos novos procedimentos. O puerpério pode ser classificado como período de crise, embora leve a grandes mudanças e a uma reorganização do grupo familiar. São apresentados alguns casos de intervenção do psicólogo clínico em hospitais e instituições de saúde nas áreas de: neonatologia, psiquiatria hospitalar transplante cardíaco.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Puerpério; Transplante Cardíaco; Psicoterapia Breve Dinâmica; Neonatologia; Diabetes Infantil.

EXTENSIONS OF CLINICAL PSYCHOLOGY TO THE HEALTH AND INSTITUTIONAL AREAS

Abstract: A theoretical model, with the application derived from it, born in a specific moment of social organization, has to undergo modifications to maintain its efficacy when there are organizational changes. The present paper discusses the importance of diagnosis as an instrument for comprehension of potentials of the individual situation. The brief psychoanalytic therapy can be extended to borderline patients, with careful consideration of theoretical and technical changes and evaluation of the efficacy of the new procedures. Puerperium can be classified as a period of crisis, although it leads to great changes and to a reorganization of the family group. This article presents some instances of the clinical psychologist's intervention in hospitals and health institutions in the following areas: neonatology, hospital psychiatric, heart transplant.

Keywords: Clinical Psychology; Puerperium; Heart transplant; Dynamic Brief Psychotherapy; Neonatology; Infant Diabetes.

Introdução

A inclusão representa um dos níveis e, ao mesmo tempo, um dos indicadores de aceitação e de valorização das diferenças que ocorrem em um grupo social. Como tal, ex-

* Trabalho apresentado na Mesa-Redonda Psicologia Clínica e Saúde Pública, no I Congresso de Psicologia Clínica, Universidade Presbiteriana Mackenzie, ocorrido entre os dias 14 e 18 de maio de 2001, São Paulo – SP.

pressa a decisão política relativa ao nível de marginalização que se deseja, se tolera ou se propõe. Alguns trabalhos, apresentados a seguir, abarcam essas pessoas excluídas, buscando novas alternativas para antigos problemas considerados por muitos como pouco passíveis de intervenção, ampliando assim o pensar sobre a realidade e a saúde. Esses trabalhos foram orientados pelo Prof. Dr. José Tolentino Rosa.

I. Mudanças nos serviços de saúde frente à inclusão social

Técnicas e estratégias dos serviços mudam segundo o nível de inclusão social do grupo. A aquisição comum de um modelo teórico, com suas derivações de estratégias de aplicação, nascido em um momento específico de organização social, tem de modificar-se quando a mesma organização muda a fim de manter sua eficácia.

Todavia uma mudança social representa um movimento de opinião importante, depende de haver pessoas trabalhando de forma mais atenta em seus serviços e, portanto, mudando seu mundo interno e, conseqüentemente, o modo de agir, com novas estratégias operativas.

Toda mudança em serviços tem duas faces: uma frente ao mundo interno dos que trabalham na instituição e outra frente à própria organização ou instituição.

As leis da integração social dão forma ao aspecto institucional. Os técnicos modificam seus modelos teóricos em quantidades diferentes, seja fazendo-os mais rígidos e expressando toda a sua oposição frente ao novo nível de integração, estabelecido como destruidor da cultura, seja adaptando-se com inteligência à nova situação de maneira profundamente criativa e inovadora.

A mudança dos que trabalham nos serviços é um problema, antes de tudo, do espaço mental, diferentemente de modificar sua própria intervenção e o campo. Essa mudança é muito lenta e depende parcialmente da formação do *status* de arte da psicologia.

De um lado, cada indivíduo tem seu especial apego à viscosidade da instituição à que pertence, e, frente à mudança, necessita de uma mutação interna, que ponha em discussão não apenas as técnicas empregadas, mas também suas próprias regras fundamentais de educação e, enfim, de vida.

A revolução do mundo da psicologia infantil foi possibilitadas pelas idéias, de Winnicott e de Bion, de valorizar o ambiente inicial da vida da criança e de relacioná-lo a problemas de exclusão social e de violência, introduzindo mudanças radicais na forma de avaliar a criança e seus problemas, valorizando, no encontro, a relação entre pais e crianças. A compreensão da mente infantil contribuiu lentamente para a reformulação legislativa. Com a visão positiva da semiótica, vai-se depois das modificações da legislação sobre a criança e o adolescente, lentamente em direção à formulação legislativa.

Essas alterações se refletem na escola, com o conceito de aprovação automática nos primeiros anos, e descobertas, por exemplo, de que a aprendizagem de crianças deficientes, com Síndrome de Down, em condições de alfabetização, só ocorre aos 10 anos, em virtude de dificuldades de coordenação visual-motora.

O foco se desloca da avaliação dos transtornos de aprendizagem e da busca do diagnóstico da criança deficiente à avaliação das formas de atuação, por meio das quais os problemas poderiam ser solucionados em um trabalho conjunto da escola com os serviços de saúde, em que os pais são participantes de direito e de fato. Essas mudanças possibilitariam a ocorrência do processo integrativo; mas, sem mudanças na perspectiva social, o processo continuaria ainda muito lento nas escolas.

A consulta clínica

A consulta clínica é um tipo particular de *setting* no qual um ou mais consultantes se reúnem com um ou mais consultores para confrontarem-se a respeito de um problema específico do qual os consultantes são responsáveis, por vínculo institucional. Há como objetivo o maior benefício biopsicossocial do sujeito e uma melhora da situação problemática, que se transmitem por meio da utilização de instrumentos próprios da intervenção clínica. As considerações a seguir são compartilhadas por Rosa e Vizziello, em um capítulo de livro (em elaboração) no qual são abordados o problema do vínculo na consulta, a estratégia, os aspectos técnicos mais relevantes, e os fatores mutativos.

O vínculo na consulta

Muitos colegas se reconhecem na angústia de não saber o que fazer com as listas de espera para atendimento de crianças com problemas escolares e sentem-se um tanto paralisados na angústia de dever fazer alguma coisa e nunca dar conta por completo do que falta ao próprio programa escolar, sem limites, sem vontade e motivação para combater a exclusão social.

Uma estratégia

O medo da mudança institucional encontra ressonância no medo da mudança interna para qual muito freqüentemente o pai não se sente preparado. É necessário captar a posição institucional do grupo ou da pessoa e a modalidade de organização da própria instituição.

O respeito à hierarquia constitui um grande entrave à mudança. Na maioria das vezes é necessário transmitir em determinados momentos, se não o conteúdo do quanto se está falando, pelo menos o significado dos movimentos grupais ou individuais para facilitar a obtenção da integração institucional.

Aspectos técnicos

A consulta deve abordar quatro grandes categorias: a saúde, a escola, os cidadãos e as instituições, e os operadores.

Os problemas

Na saúde as dificuldades recaem sobre como tratar o problema, como aumentar a eficácia dos procedimentos, como diminuir os custos e aumentar a relação custo-benefício.

Do mesmo modo, a escola exige da consulta uma melhor solução para os problemas de aprendizagem ou de disciplina; os assistentes sociais sobre os problemas relativos aos distúrbios do comportamento com alta cronicidade; os pediatras para o problema afetivo; os cidadãos e instituições para os problemas da programação e do currículo.

A demanda

Distinguimos a demanda implícita da explícita. Subdividimos a demanda vinda do âmbito político da instituição, dos grupos e do sujeito.

Causas da demanda

No momento da mudança institucional, por ocasião da ruptura de certa ordem hierárquica, surgem grupos internos que querem mudanças de vanguarda na instituição.

Na escola vemos articulações no jogo do autoritarismo e do *laissez-faire*; nos serviços de saúde, vemos a polarização biológica (obsessões quanto ao diagnóstico e desrespeito às considerações globais do caso) em detrimento das medidas preventivas.

É importante assinalar que há riscos relativos à criação de uma cadeia de consultantes na qual se busca sempre um outro, no mundo da utopia, que possa resolver o problema sem poder chegar à questão verdadeira de uma aceitação da situação de realidade, e trabalhar na criação de um projeto possível e realista.

Os elementos mais importantes para trabalhar no processo de consulta psicológica são: a transferência inicial do consultante; o *insight* do consultante; o modo de se colocar a respeito do objeto da consulta; o objeto da consulta como o consultante o apresenta e o propõe.

2. A psicoterapia com os excluídos: os pacientes borderlines

É com grande satisfação que vou tratar do trabalho da Dra. Rita Aparecida Romaro, o qual tive a satisfação de acompanhar como orientador de sua tese de doutorado em Psicologia Clínica, no IP-USP, com amparo do CNPq.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento na qual ocorrem muitos comportamentos típicos que se prolongam até a vida adulta no paciente para classificar a personalidade *borderline*. Parece que a capacidade do adolescente de iniciar-se satisfatoriamente na idade adulta, a qual exige uma relação interpessoal mais madura, é influenciada pela facilitação da constituição da subjetividade e da possibilidade interna de separação da figura materna.

Tudo depende, portanto, segundo a teoria bion-kleiniana, da resolução das ansiedades pré-edípicas, embora Kohut (1977) tenha proposto que é importante considerar que a braveza do pai deve ser melhor entendida como um derivado patológico da repressão do que uma parte universal do desenvolvimento humano.

Roberts (2000) apresenta um artigo com delineamento de estudo de caso único, que versa sobre a psicoterapia breve em pacientes *borderline*, no qual refere algumas carac-

terísticas deste tratamento: aumento do controle das defesas não adaptativas; aprendizagem sobre a dinâmica fundamental associada ao sintoma focal ou à situação-problema; e melhora no grau de adaptação com a psicoterapia breve.

Há necessidade de algumas mudanças no *setting* terapêutico, como a frequência limitada de sessões; o tratamento focalizado; uma ênfase na teoria da adaptação; e uso da confrontação como a principal técnica de intervenção terapêutica.

Em sua tese de doutorado, aprovada no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com apoio do CNPq, Romaro (1999a) apresenta um estudo que trata a viabilidade da psicoterapia breve de orientação dinâmica realizada com pacientes *borderlines*, e descreve o trabalho terapêutico realizado pela dupla terapeuta-paciente no processo de psicoterapia breve. Com essa modalidade de tratamento, os pacientes *borderlines* conseguiram manter os ganhos obtidos e o grau de eficácia da adaptação, avaliados com a EDAO-R, do Prof. Dr. Ryad Simon, após seis meses do final do tratamento. Esse trabalho conclui que a psicoterapia breve de orientação dinâmica é um tratamento viável para pacientes *borderlines*, possibilitando um *setting* estruturado, com um objetivo determinado e com um tempo predeterminado, o que ajudaria no estabelecimento da aliança terapêutica, possibilitando a mobilização de defesas mais adaptativas, que facilitariam a aderência ao tratamento. A motivação, a possibilidade de especificar a queixa e o momento crítico são considerados elementos fundamentais para a adesão. Um outro indício positivo para a adesão ao tratamento seria os componentes depressivos contidos na queixa. Dependendo das características das queixas apresentadas e dos recursos egóicos disponíveis, essa psicoterapia pode ter uma maior eficácia quando realizada como suporte de uma equipe multidisciplinar (Romaro, 1999b, 2000).

Em 2000 essa tese foi transformada em livro, com auxílio da FAPESP, no qual são ressaltadas as dificuldades encontradas no diagnóstico dinâmico e estrutural dos pacientes *borderlines*, bem como no manejo terapêutico, ilustradas por meio de casos clínicos. Também é abordada a importância do tratamento realizado em equipe multidisciplinar, por meio de um histórico cuidadoso sobre várias modalidades de tratamento empregadas, que enfoca as contribuições do Dr. Otto Kernberg. Por fim, a autora apresenta a psicoterapia breve de orientação dinâmica, ressaltando seus objetivos com pacientes *borderlines*: melhorar a percepção de realidade de si e do outro; tornar mais flexíveis as defesas que enfraquecem a estrutura do ego; aumentar a capacidade de controle dos impulsos e a tolerância à frustração; ampliar a modulação afetiva; e desenvolver a capacidade de estabelecer relações amorosas e íntimas.

3. A ética no diagnóstico em centros de transplante cardíaco

Segundo a psicóloga Ana Augusta Maria Pereira, do Instituto Dante Pazzaneze de Cardiologia, o transplante cardíaco constitui hoje importante tópico na zona de fronteira entre a doença e a morte, abrangendo vários problemas de ordem psicológica, médica, social e ética. Trata-se de um procedimento seletivo que deve identificar, dentre os pacientes com cardiopatia terminal refratária ao tratamento clínico convencional, aqueles sob maior risco e chance de melhores resultados, após a cirurgia. O número insufi-

ciente de doadores e as implicações de risco que o procedimento impõe são algumas das justificativas para essa triagem (Stolf & Jatene, 1988).

Berlinguer (1996), discutindo a ética na saúde, resalta as dificuldades encontradas pela medicina, desde sempre, para propiciar uma equidade de direito à saúde, visto ter sido sempre entrecortada por diversidades genéticas, comportamentais, sociais, culturais e econômicas.

Na área de transplante de órgãos, as questões éticas costumam recair sobre três tópicos. No primeiro deles, discute-se a legitimidade do deslocamento de recursos financeiros, que poderiam ser aproveitados para prevenção e tratamento de doenças de interesse em saúde pública, em prol da realização de um procedimento com alto custo, para atender um percentual reduzido de pacientes. No segundo, as preocupações giram em torno da doação de órgãos, das condições de sobrevivência terminal e da legalidade da comercialização de órgãos em países do oriente. Por último, discute-se o direito de determinado paciente receber dois ou mais transplantes, enquanto muitos morrem na fila, aguardando a primeira oportunidade.

O filósofo Gillon, comentado por Berlinguer (1996), propôs à filha de oito anos a seguinte questão:

A quem, entre três pessoas, devo entregar o único salva-vidas de que disponho? À mais jovem porque viverá mais tempo, à mais doente porque precisa mais, ou à mais valente porque merece mais? A filha deu a seguinte resposta: "Certamente não deve dá-lo ao que for seu amigo, porque não seria honesto (p.93-94).

Este autor discute aqui o caráter utilitário, clínico e meritório, sempre presente em ações de saúde, deixando entrever que as identificações pessoais permeiam também este tipo de escolha. Ilustrando esses aspectos, menciona um levantamento no qual o transplante de fígado, para pacientes com história de alcoolismo, foi um dos últimos itens classificados para as prioridades de saúde, por ocasião da redução de financiamentos federais em Oregon, 1989. A base de classificação foi o critério utilitarista do maior benefício para o maior número de pessoas.

A avaliação psíquica de pacientes ao transplante cardíaco está incluída, formalmente, dentre os procedimentos de eleição para este tipo de procedimento. Ela deve focalizar fatores psicológicos de risco que tomam parte na vinculação duvidosa do paciente ao tratamento, tendo em vista que a falta de cooperação ao regime médico, necessária à preservação do enxerto, e a impossibilidade para exercer o autocuidado são, na presente situação, equivalentes ao suicídio.

Olbrisch e Levenson (1991) e Levenson e Olbrisch (1993) referem que há considerável divergência no processo de avaliação, critérios e resultados sobre quando o paciente é excluído dos programas de transplante cardíaco devido à problemas psicossociais. Nesses estudos, constatou-se que mais de 70% dos centros transplantadores excluíam pacientes com diagnóstico de demência, esquizofrenia aguda, ideação suicida corrente, história de múltiplas tentativas de suicídio, retardo mental severo, alcoolismo e drogadição. Havia menos consenso quando os critérios de exclusão incluíam: tabagismo, obe-

sidade, não adesão ao tratamento prescrito para insuficiência cardíaca, criminalidade, desordens de personalidade, retardo mental moderado, esquizofrenia controlada, e desordens afetivas. Constatou-se que a proporção de pacientes rejeitados variava de 0 a 37%, sendo maior nos programas dos EUA. Repete-se, aqui, o papel do diagnóstico em psiquiatria, usado como instrumento de exclusão.

As críticas à exclusão, devido à morbidade psiquiátrica, de pacientes que necessitam de um transplante cardíaco apontam:

- limitação do DSM III para avaliação da capacidade do paciente vincular-se ao tratamento médico exigido aos transplantados;
- assimetria entre a avaliação preliminar por meio do DSM III e os resultados obtidos ao longo da *história natural do transplantado* (Olbrisch & Levenson, 1991);
- dissociação entre a avaliação psiquiátrica preliminar e os índices de morbidade e mortalidade dos pacientes após a cirurgia (Maricle et al., 1991a, 1991b);
- a realização do transplante, *per se*, pode resultar num evento disparador para a recuperação de um funcionamento psicológico mais adaptativo, melhorando significativamente desordens, tais como, ansiedade e depressão (Dew et al. 1994; Kuhn et al. 1988, 1990).

O alcoolismo situa-se entre os motivos mais comuns para a não-inclusão de pacientes nos programas de transplante cardíaco, muito embora, a recorrência desse comportamento, após o procedimento, seus fatores desencadeantes e suas inter-relações com outras variáveis de interesse não estejam, ainda, suficientemente esclarecidos.

O estudo de Osorio et al. (1994), sobre a recidiva de alcoolismo em pacientes submetidos à transplante de fígado, demonstrou como único fator preditivo favorável um período superior a seis meses de abstinência, anterior ao período de avaliação.

Um grupo de excluídos da fila do transplante cardíaco: os alcoolistas

Preocupados em averiguar se o sintoma alcoólico desapareceria de forma que o processo patológico permanesse abaixo do horizonte clínico, ficando o paciente propenso a novas manifestações sintomáticas, e, ainda, se a partir da doença cardíaca estabelecida e dos efeitos do transplante poderia haver mudança significativa sobre o funcionamento psíquico desses pacientes, empreendemos o levantamento retrospectivo, em prontuário psicológico, dos dados colhidos de 175 pacientes adultos que foram submetidos ao acompanhamento psicológico, para inclusão no Programa de Transplante Cardíaco do Instituto Dante Pazzaneze de Cardiologia, São Paulo (Pereira & Rosa, 1998). O acompanhamento psicológico, prestado nos moldes da psicoterapia breve de orientação psicodinâmica, focalizava as queixas psicológicas que vigoravam nas diferentes etapas do programa de transplante cardíaco, principalmente, na fase de indicação e organização do tratamento.

Considerou-se como critério de definição para abuso de ingestão de bebida alcoólica a referência dada pelo paciente, para o qual a frequência (diária) e a quantidade de doses ingeridas, na sua percepção, não poderiam se enquadrar na classificação "uso social". Na amostra estudada, apenas um paciente submeteu-se, no passado, a tratamento para alcoolismo.

A Tabela 1 mostra as distribuições percentuais dos pacientes com abuso alcoólico que não realizaram o transplante cardíaco, grupo G1, e que se submeteram à cirurgia, grupo G2. A análise estatística demonstrou que a diferença entre a proporção de pacientes que não fizeram o transplante, com história progressiva de abuso de bebida alcoólica (G1), não foi estatisticamente significativa em relação à proporção de pacientes com esse mesmo histórico, grupo G2, submetidos ao procedimento ($p < 0,05$).

Tabela 1. Alcoolismo segundo a realização ou não do transplante cardíaco.

Alcoolismo	TRANSPLANTE				TOTAL	
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%	N	%
Sim	9	23,7	31	22,6	40	22,9%
Não	29	76,3	106	77,4	135	77,1%
Total	38	100,0	137	100,0	175	100,0%

O que determinou a inclusão dos pacientes do grupo G2 no programa de transplante cardíaco foi a modalidade de vínculo que estabeleceram com o tratamento. Eram pacientes que, em relação ao abuso alcoólico, assumiam o vínculo com a bebida como meio para satisfação pulsional. Para esses pacientes, a bebida alcoólica tinha, pelo menos, um papel coadjuvante na perda da saúde. E, uma vez que reconheciam essa perda, engajavam-se, ativamente, na organização do tratamento.

Os pacientes do grupo G1, no entanto, enfatizavam o papel inofensivo desse comportamento. Isentavam-se de qualquer responsabilidade ou culpa pela natureza de seus hábitos: apresentavam como álibi o controle das doses ingeridas. Operava-se nessa situação um engodo: o abuso alcoólico não era negado pelo paciente, permitindo que o relato de suas condutas fosse fidedigno. A estratégia desses pacientes prestava-se à construção de um universo sem faltas ou carências.

Assim, nenhum ponto de desequilíbrio, além da presença da cardiopatia, poderia ser reconhecido. A mesma manobra era transposta na organização do tratamento para a realização do transplante. Eles aceitavam a indicação da cirurgia, sem reconhecer a necessidade do tratamento. Desejavam triunfar sobre o curso da doença, corrigindo falhas de adesão ao tratamento médico, principalmente, procurando controlar a ingestão de água, essencial para prevenir o agravamento da insuficiência cardíaca. Nenhum desses pacientes realizou o transplante cardíaco, embora não tivessem sido, formalmente, excluídos do programa.

Trata-se de considerar o posicionamento ético desses pacientes, muito mais que qualquer teoria psicológica explicativa para esse tipo de comportamento, na medida em que se eximiam de toda responsabilidade pelos meios utilizados para obter satisfação. Talvez este seja um critério de diagnóstico de alto valor preditivo nessa situação – não a detecção da doença mental do paciente, mas quanto o paciente se responsabiliza, como sujeito, por ela: *um paciente ético*.

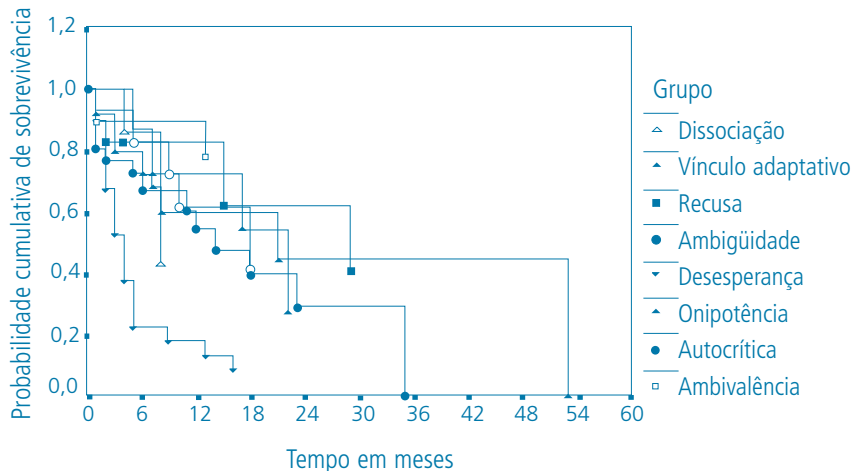
A esse propósito, vale lembrar a sugestão de Ferrari, Luchina e Luchina (1971, p.59)

... o êxito não significa acertar um diagnóstico da psicopatologia do paciente que, de fato, sempre em maior ou menor grau etiológico, reativamente existe, mas respeitar a natureza do enquadre selecionado pelo paciente.

Dessa forma, o foco de atenção dos profissionais de saúde mental, no âmbito hospitalar, deve recair sobre as perturbações desse enquadre, de tal maneira que o diagnóstico será sempre situacional, voltado para as perturbações do vínculo paciente-equipe-instituição.

Em outro trabalho, Pereira (2000a, 2000b) verificou que os pacientes apresentavam reações emocionais, atitudes e sentimentos distintos em relação à indicação de transplante cardíaco os quais se mostraram de valor preditivo, no que tange à avaliação da capacidade do paciente vincular-se ao tratamento, associando-se ainda, em nível de significância estatística, à probabilidade acumulada de sobrevivência, como mostra o gráfico abaixo.

GRÁFICO I. Extraído de Pereira, A.A.M.; Rosa, J.T.; Haddad, N. (2000)



Alguns pontos, dentro da amplitude deste estudo, merecem aqui ser apontados, no sentido de atender à ética da inclusão social de mais candidatos ao transplante cardíaco.

Constatou-se que há, para a maioria dos casos, resistência na aceitação desse tipo de tratamento e que, não podemos atribuir, como causa do pequeno contingente de pacientes transplantados, a escassez de doadores. Os dados indicam que há, no momento de crise, quando ocorre a indicação de transplante cardíaco e a organização do tratamento, o predomínio de mecanismos defensivos que, de certa forma, agem como uma "seleção natural" ao procedimento.

Nesse sentido, se a participação do psicólogo ou psiquiatra recair mais sobre uma posição psicoterapêutica, indivíduos com alto risco psicológico para transplante cardíaco poderão ser beneficiados, possibilitando-se a elaboração de conflitos e o uso de defesas menos primitivas, deixando-se as contra-indicações somente para casos graves. Nessa posição, os pacientes deixarão de ser apenas objeto, para converterem-se em sujeitos desse tratamento. Só assim, dentro de uma relação, sob a perspectiva de uma

aliança terapêutica, poderá haver uma possível contra-indicação, quando surgir um impasse no modo pelo qual os objetivos, entre as partes (paciente/equipe), deverão ser alcançados.

Dessa maneira, o paciente poderá ser comunicado a respeito de sua responsabilidade e dos possíveis riscos na “quebra de compromisso” em relação à preservação do tratamento. Esta parece ser a postura ética mais aceitável por parte da equipe: permitir ao paciente a liberdade de escolha, quer no sentido de continuar a utilizá-la, buscando as mudanças necessárias, quer no sentido de procurar outro centro transplantador.

Na amostra estudada, as contra-indicações foram raras e ocorreram apenas nos casos em que o paciente era incapaz de cuidar-se adequadamente, além de, simultaneamente, estar desamparado ou ter sido, efetivamente, abandonado pelos familiares.

O abandono de tratamento ocorreu em apenas um caso, dentre os 55 pacientes que foram transplantados na instituição, num período de observação de oito anos. O evento aconteceu após o *holding* familiar ter fracassado. Sugerimos que o amparo familiar deve merecer, na avaliação de todos os pacientes, um valor próximo àquele dado a qualquer condição psicopatológica individual.

O transplante cardíaco pressupõe, portanto, uma ética familiar, uma vez que a presença da família, ao longo do processo, desde que confiável, possibilita ao paciente transformar, construtivamente, aspectos ligados à agressividade que são intrínsecos à natureza humana e que, portanto, não podem ser anulados.

Analisando-se, ainda, o material obtido deste estudo, podemos observar a frequência inexpressiva de pacientes com história psiquiátrica anterior (excetuando-se aqui, os problemas ligados ao etilismo, já comentados anteriormente). É válido pensar na possibilidade de que pacientes com desordens mentais mais graves não sejam encaminhados aos centros transplantadores, pressupondo-se que o processo de exclusão social se inicie nos primeiros elos da rede de atendimento.

Um aspecto ainda não suficientemente explorado, no contexto dos programas de transplante cardíaco, diz respeito à interferência da ocorrência de preocupações em relação à figura do doador, do coração enxertado e das condições em que a retirada do órgão é efetuadas sobre a adaptação global desses indivíduos.

No material clínico que utilizamos para esta discussão, constatou-se que 54,8% dos candidatos ao transplante cardíaco manifestaram o desconforto em considerar a possibilidade de possuir o coração de outra pessoa.

O aparecimento desse tema, durante o acompanhamento psicológico, trouxe à tona conteúdos associados à culpa, pela morte de outrem, não só do doador mas de pessoas afetivamente ligadas ao paciente. Observou-se também a emergência de dúvidas, na percepção do paciente, sobre sua capacidade de gratidão, associadas a idéias de natureza persecutória, reivindicatória-vingativa, trazendo temor ao paciente quanto à estabilidade de sua identidade sexual, caso realizasse o transplante cardíaco.

As mulheres, por exemplo, sonham com um objeto interno vingativo como se fosse um filho cujo pai seja desconhecido, trazendo, portanto, o conflito de terem um órgão vivo em seu interior do qual não sabem quem foi o pai. Os homens sonham com objetos internos vingativos representados por alguém externo que lhe vem roubar o que foi

deles roubado: o coração, na fantasia inconsciente. Esse fato revela que as implicações éticas são diferentes para transplantes com homens ou com mulheres.

De maneira geral, a ocorrência dessas preocupações esteve associada a dificuldades de adaptação do paciente, constituindo-se num obstáculo à vinculação deste no programa. Após o transplante cardíaco, a ocorrência de fantasias ligadas à figura do doador mostrou-se associada à morbidade e mortalidade desses transplantados.

A resposta psicológica mais adequada à situação parece ser a de não ocorrerem queixas dessa natureza, mesmo quando os pacientes são indagados sobre o assunto. Nossa hipótese é a de que o paciente se defende autisticamente nesse aspecto, protegendo a relação simbiótica que foi, artificialmente, construída no tratamento médico.

Esses dados apontam a necessidade da equipe tomar precauções, no sentido de preservar o anonimato entre o receptor e o doador e evitar o encontro entre os membros das famílias envolvidas. É necessário também que os serviços de captação de órgãos tenham, em seu quadro, profissionais de saúde mental, no sentido de fornecer aos familiares do doador a possibilidade de elaboração psíquica diante da perda, freqüentemente, decorrente de circunstâncias trágicas.

Em síntese, propomos que a atuação do profissional de saúde mental, psicólogo ou psiquiatra, junto a equipes de transplante cardíaco, tenha, como objetivo primordial, a prevenção da doença mental e o aumento da taxa de inclusão social dos pacientes que necessitam deste tratamento.

A experiência de promover intercâmbio entre a equipe hospitalar e os pacientes transplantados, por meio de eventos culturais, mostrou que o sentimento de pertinência social aumenta, bem como, estimula o autocuidado que esses pacientes precisam adotar após o transplante.

4. A psicodinâmica do puerpério

A maternidade marca uma nova fase na vida da mulher, sendo que a primeira gravidez e a experiência de ter um filho acarretam consideráveis mudanças em relação à situação anterior, promovendo na mulher reações, sentimentos, fantasias, expectativas... (Felice, 1999). Essa dissertação foi transformada em livro e publicada pela Editora Vetor em 2000.

O período do puerpério, também chamado de “quarto trimestre da gravidez”, é um período de transição, no qual mãe e bebê passam a viver juntos uma experiência que será, sem dúvida, vital para ambos.

Conhecer as vicissitudes emocionais por que passa a mulher neste importante período foi o objetivo do trabalho de Felice, assim como relacioná-las aos aspectos do psicodinamismo inconsciente da mulher que a elas se acham associados.

Em seus estudos sobre a feminilidade, Freud (1924, 1925, 1931, 1933) considera que o complexo de castração na menina é o principal fator que a leva a romper sua intensa e duradoura ligação pré-edípica à mãe, e voltar-se para o pai na esperança de receber dele um pênis que lhe falta. Mas, prevalecendo a posição feminina, a menina afasta-se da masculinidade e, devido à equação pênis-bebê, abandona o desejo de um pênis e

coloca em seu lugar o desejo de um filho. Esses desejos (possuir um pênis e um filho) permanecerão fortemente catexizados no inconsciente da mulher e atuarão posteriormente sobre suas atitudes quando do nascimento dos filhos. Em seu estudo sobre o Narcisismo, Freud (1914) atribui ao amor e às atitudes afetuosas dos pais em relação aos filhos uma característica narcisista. Segundo ele, o narcisismo primário dos pais, já abandonado, é revivido e reproduzido em seu amor ao filho.

Melanie Klein (1932) estuda a relação fantasiosa da menina com o corpo da mãe e descobre a importância destas fantasias para a relação que ela irá estabelecer com seus bebês imaginários, e mais tarde com os bebês reais. Para a autora, a atitude da mãe para com seus filhos baseia-se em suas primitivas relações objetais. Melanie Klein (1928) considera que o início do complexo edípico, que coincide com o início da posição depressiva, introduz a criança na “fase feminina”. Nessa fase, a afeição e a inveja que a criança sente pelo corpo materno, tal como foi descrito acima, a impele para uma identificação muito precoce com a mãe. Surge na criança de ambos os sexos o desejo de ter filhos, a inveja da feminilidade da mãe e de sua capacidade procriativa.

As contribuições de Winnicott (1982) também adicionam importantes elementos ao estudo da maternidade. Segundo ele, a mulher, durante a gestação e por algumas semanas após o nascimento do bebê, desenvolve uma condição psicológica muito especial, por ele denominada de Preocupação Materna Primária. Essa condição consiste em um estado de sensibilidade aumentada, que capacita a mãe a se adaptar às necessidades iniciais de seu filho, a se preocupar e se identificar com ele e excluir temporariamente outros interesses. A Preocupação Materna Primária descrita por Winnicott pode ser relacionada ao que Bion (1991) denomina de capacidade de *rêverie* da mãe, isto é, *o estado mental aberto a receber quaisquer “objetos” do objeto amado e, portanto, acolher as identificações projetivas do bebê, se boas ou más* (p.60).

Para o autor, a capacidade da mãe para a *rêverie* é necessária para suprir as necessidades mentais do bebê, sendo um fator de função-alfa da mãe.

Os estudos psicológicos da gravidez normalmente apontam como um estágio de crise na vida da mulher. Representa uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento, envolvendo uma mudança de identidade e uma nova definição de papéis, sendo que, no caso da primípara, a grávida, além de filha e mulher, passa a ser mãe (Maldonado, 1984).

Para Langer (1981), a gravidez na mulher sã, que tenha um mínimo de angústia e sentimento de culpa e que aceite prazerosamente sua feminilidade, ocorre sem transtornos. Durante os primeiros meses de gravidez, a mulher vive um conflito de ambivalência, o que se expressa pelos vômitos e desejos. Assim também Soifer (1986), que se refere aos significados psicológicos dos diversos sintomas presentes na gestação, considera que as náuseas e os vômitos, que coincidem com a ansiedade determinada pela incerteza da existência da gravidez, exprimem o conflito de ambivalência.

Em seu estudo sobre a psicologia da gravidez, Maldonado (1984) faz uma separação dos aspectos psicológicos da gestação em três trimestres, tendo verificado que cada um deles possui características peculiares, observáveis na maioria das mulheres, independentemente do nível sociocultural.

Alguns autores têm se dedicado ao estudo da regressão que ocorre durante a gestação. Como exemplo citamos a pesquisa de Tsu (1980) que, ao analisar sonhos de gestantes, constata a ocorrência de conteúdos oníricos de caráter regressivo durante a gestação.

O período pós-parto, ou período puerperal, é descrito por Soifer (1986) como uma etapa de “delimitação entre o perdido – a gravidez – e o adquirido – o filho. Também de delimitação entre devaneio, fantasia inconsciente e realidade” (p.63).

Debray (1988) salienta a importância da distância entre o “bebê real” e o “bebê fantasioso” como um fator originário de decepções para a mãe no período puerperal. Para a autora, durante a gravidez, o escasso contato com o bebê real leva ao domínio da interação da mãe (e do pai) com o “bebê fantasioso”. Nos primeiros tempos após o parto, as características do bebê recém-nascido vão, em muitos casos, ajudar a desenvolver na mãe o sentimento de competência e confiança em si para desempenhar seu papel (a autora denomina esse aspecto de “competência do recém-nascido”). Nesses casos, a distância entre o bebê fantasmático sonhado durante a gravidez e o bebê real será menor, e as decepções naturais poderão ser aceitas sem muito sofrimento.

Domash (1988a, 1988b) considera que no período pós-parto ocorre um aumento da sensibilidade da mulher, uma diminuição das defesas e uma maior disponibilidade do processo de pensamento primário. Tais mudanças convertem esse período em um momento da vida da mulher no qual existe um *continuum*, que vai de uma capacidade de criatividade aumentada a uma tendência elevada para a depressão.

Alguns autores se referem à regressão que ocorre na mulher durante o período puerperal. Para Deutsch (1951), ao lado das tendências progressivas da maternidade, manifesta-se em todas as mães no período pós-parto uma tendência regressiva, que busca o restabelecimento da unidade pré-natal. O cordão umbilical físico é substituído pelo “cordão umbilical psíquico”, que se manifesta no laço afetivo com o filho.

Para Soifer (1986), a regressão que ocorre na mulher durante o puerpério possui características diferentes das da gravidez, tendo como finalidade colocá-la a serviço da criança, daí decorrendo o conflito com a necessidade de continuar desempenhando o costumeiro papel familiar e social.

Chertok (1969) considera que o parto, assim como a gestação, provê a ocasião para uma regressão, que reduz a coesão e a força do ego.

Na revisão bibliográfica sobre o tema, pôde-se verificar que normalmente o período pós-parto é considerado especialmente vulnerável à ocorrência de transtornos mentais. Os distúrbios mentais puerperais têm sido estudados por diversos autores e classificados por muitos deles em três categorias: a Síndrome de Tristeza Pós-Parto, também conhecida como *Blues*, a Depressão Pós-Parto e a Psicose Puerperal.

O *Blues Maternity* apresenta incidência de 50% e é considerado um transtorno normal e passageiro, caracterizando-se por crises de choro, ansiedade, fadiga, preocupações excessivas com o bebê etc. Na Dinamarca é motivo de muita atenção dos psicólogos hospitalares. Enquanto o efeito da separação da figura materna no bebê tenha sido bem documentado na literatura psicológica, o efeito da depressão materna apenas está começando a ser pesquisado (Larsen, 2001).

A Depressão Pós-Parto tem incidência de 10% e apresenta como principais sintomas a tristeza patológica, a perda do prazer, o desalento, irritabilidade, hipocondria, ideação suicida, dentre outros. Os quadros psicóticos puerperais são perturbações mentais severas, com alteração fundamental do humor e modificação do teste de realidade, que se manifesta por meio de ideação delirante, alucinações e alterações cognitivas. A incidência é de apenas 1 a 2/1.000 partos.

Existem muitas pesquisas que buscam o conhecimento dos fatores de risco associados aos distúrbios mentais puerperais. Entre os fatores mais comumente citados, estão: problemas mentais prévios, suporte social precário, problemas conjugais, dificuldades econômicas e depressão durante a gravidez.

Assim como a gravidez, o puerpério pode ser considerado um período de crise na vida da mulher, pois o parto acarreta profundas mudanças intra e interpessoais. Simon (1989) afirma que o indivíduo "em crise" é aquele que "tem de enfrentar situações desconhecidas que impliquem adequações novas acarretando mudanças importantes em sua vida" (p.21). As situações geradoras de crise são aquelas em que há perda ou ameaça de perda de pessoas afetivamente valiosas ou de situações importantes. Por outro lado, situações que impliquem aumento de ganho ou responsabilidade podem gerar crises. Dessa forma, o autor classifica as crises em duas categorias: crises por perda e crises por aquisição, segundo se devam, respectivamente, à redução ou ao aumento significativo do espaço no universo pessoal.

Pelo fato de que é no período puerperal que se inicia o inter-relacionamento e os intercâmbios entre a mãe e o bebê, este período se reveste de uma significação psicológica fundamentalmente importante para ambos os membros da díade. Para a mãe, desenvolver-se-á a possibilidade de desempenhar plenamente suas capacidades maternas. Para o bebê, o vínculo inicial com a mãe fornecerá a base de sua saúde mental posterior, tal como foi enfatizado pela Psicanálise. Spitz (1993) verifica que ocorre uma série de intercâmbios entre os dois parceiros da díade mãe-bebê, que reciprocamente influenciam um ao outro de maneira circular.

Algumas conseqüências da depressão puerperal materna sobre o desenvolvimento psíquico da criança foram abordadas por Felice (1997), por meio do delineamento de estudo de caso. A autora demonstra que a incapacidade da mãe de se adaptar na fase mais inicial da vida do filho, devido ao estado depressivo apresentado, não permite o estabelecimento de um *self* unitário na criança, provocando as situações emocionais de "medo do colapso" e de "ameaça de aniquilação do *self*", descritas por Winnicott (1982, 1994).

Após estudar mães primíparas no puerpério por meio de entrevistas, Felice (2000) apresenta e discute suas descobertas, classificando o material colhido em seis categorias, a saber: Angústias Persecutórias e Culpa Persecutória; Angústias Depressivas; Preocupação Materna Primária e Vivências Regressivas; O Bebê Imaginário e o Bebê Real; Identificação com a Figura Materna; Necessidade de Apoio Externo.

As entrevistas realizadas durante a gestação foram utilizadas para verificar como os aspectos psicológicos observados no puerpério se apresentavam durante a gravidez.

Angústias persecutórias e culpa persecutória

Foi possível verificar que quando a angústia e a culpa persecutórias em relação à figura materna internalizada eram muito intensas, dificuldades emocionais se apresentavam, e a puérpera sentia uma incapacidade para viver a experiência de maternidade com gratificação e prazer. Um exemplo desta situação emocional foi dado pelo caso de *Silvia*, para quem o desejo de ser mãe enfrentou muitos conflitos. No período pós-parto, *Silvia* sentia-se excessivamente ansiosa, e a maternidade era vivida como um suplício, algo acima de suas forças. Ela não se sentia capaz de cuidar de seu bebê, tornando-se completamente dependente da sogra, em cuja casa ela se encontrava nesse período. A experiência de amamentação era vivida com muito sofrimento, dor e desespero e ela freqüentemente entrava em “pânico” quando precisava dispensar cuidados ao bebê. Resolveu que teria apenas um filho, pois, como ela mesma expressou: “Tudo que você faz que tem muita dificuldade, parece que você não quer passar por aquilo de novo”. Ela se perguntava: “Será que eu merecia ser mãe?”.

Silvia sentia-se atormentada por uma figura materna internalizada muito persecutória, que a castigava por ter “ousado” tornar-se mãe. Essa mãe apavorante provocava-lhe culpa e a punia severamente por ter transgredido a proibição de ser mãe. A imensidão dessa culpa, persecutória, obrigava-a a sofrer para aplacar essa figura tão ameaçadora. Era como se o desejo de ser mãe só pudesse ser realizado à custa de muito sofrimento.

Como defesa contra essa situação tão angustiante, *Silvia* recorria à idealização, uma das defesas típicas da posição esquizo-paranóide. Dessa forma, a sogra se convertia, para ela, em um objeto idealizado, que a protegia, e no qual ela projetava todos os seus recursos. Como consequência, *Silvia* sentia-se totalmente incapaz, depauperada. Essa situação se expressava por meio de seu sentimento de incapacidade para desempenhar quase todas as tarefas de cuidar do bebê: ela não conseguia dar banho no filho ou trocá-lo, ficando a sogra responsável por essas tarefas. Mesmo para amamentá-lo, era necessário que a sogra o ajeitasse ao seio, arrumasse almofadas em volta...

Durante a entrevista realizada com *Silvia* durante a gestação, foi possível perceber a presença de angústias e conflitos intensos, relacionados à experiência que estava sendo vivida. Conscientemente, ela não desejava ficar grávida, e o que previa para si e para o filho era-lhe assustador: muitas dificuldades, fracasso, desespero... Era evidente que o desejo de ser mãe enfrentava muitos conflitos. Ao mesmo tempo, a presença de uma figura materna hostil e vingativa se denotava pelo temor de abortar, de morrer no parto e de estar gerando uma criança com síndrome de Down. Portanto, as intensas angústias de *Silvia* com relação a uma mãe muito persecutória já se faziam notar na gestação, e eclodiram com imensa força no período após o parto.

Angústias depressivas

Observou-se a presença de angústias depressivas, associadas às vivências emocionais da mulher após o parto, em alguns casos. Tais angústias surgiam, em geral, na relação com o bebê, levando a mulher a temer pelo bem-estar do filho, experimentar fortes sen-

timentos de culpa com relação a ele ou a duvidar da própria capacidade de ter recursos suficientes para ser uma boa mãe.

Como exemplo, pode-se citar o caso de *Helena*, que vivenciou fortes angústias depressivas após o parto. Nesse período, ela se mostrava atormentada por fantasias de morte e destruição em relação à filha, o que lhe provocava o medo de causar algum dano irreparável a ela: “Aí eu comecei a pensar nela, se eu ia cuidar dela, eu lembrava aquelas histórias de mãe que deixou o filho cair no chão, mãe que deixou o filho sufocar, sabe aquelas histórias? Eu fiquei morrendo de medo de fazer alguma coisa ruim pra ela, ou de não cuidar direito, eu fiquei morrendo de medo da responsabilidade....Eu tenho tido muitos pensamentos estranhos...sabe aquelas mães que ficam muito nervosas e jogam o bebê longe?”. Tais fantasias geravam muita preocupação pelo mal que ela poderia provocar à filha, além de sentimentos de culpa e dúvidas quanto à própria capacidade de ser uma boa mãe.

Após a ocorrência de um episódio, no qual sua filha engasgou quando estava sob os cuidados da avó paterna, chegando a ter que ser levada para o pronto-socorro, *Helena* teve suas angústias incrementadas, na medida em que tal episódio atuou como uma confirmação de que suas fantasias de morte poderiam se concretizar. A partir de então, ela sentia que não poderia mais “desgrudar os olhos” da filha.

No entanto, ao mesmo tempo *Helena* ia enfrentando suas angústias e em muitos momentos conseguia se tranquilizar. No contato com a filha, forças de vida eram mobilizadas, ajudando-a a superar seus temores e a se sentir mais confiante para desempenhar o papel materno.

Preocupação materna primária e vivências regressivas

Winnicott (1982) descreve a condição psicológica por ele denominada de Preocupação Materna Primária, que consiste em um estado que se desenvolve na mulher gradualmente durante a gestação, e continua por algumas semanas após o parto. Esta condição permite à mãe atingir um estado de sensibilidade aumentada, adaptar-se às necessidades iniciais do bebê e excluir temporariamente outros interesses.

Esta condição psicológica descrita por Winnicott pôde ser identificada na maioria das mulheres que participaram da pesquisa, por meio de diversos trechos de seus relatos, nos quais elas referiram-se a um desinteresse pelos assuntos externos, a um estado de sensibilidade aumentada e à capacidade intuitiva de perceber e identificar as necessidades do bebê. Como por exemplo: “Eu não penso em mais nada a não ser nela, é exclusivo ela. O trabalho está longe, os problemas que eu deixei lá para os outros resolverem também, nem lembro, esqueci. Minha cabeça está totalmente voltada para ela” (Mariana).

Verifica-se por esses relatos como as mulheres se descrevem “mergulhadas” em um estado psicológico, que as torna fortemente sensíveis a experiências emocionais e as capacita a se identificarem com o bebê, compreendendo intuitivamente suas necessidades.

Essa capacidade da mãe para se identificar com o bebê é facilitada por um processo regressivo, que se inicia durante a gestação. Trata-se de uma regressão adaptativa, necessária, que conduz a mulher ao encontro das necessidades de seu bebê.

Algumas descrições de experiências emocionais, feitas por determinadas mulheres que participaram da pesquisa, puderam ilustrar este processo, pois tratava-se de vivências regressivas, possivelmente evocadas pela condição emocional própria do período puerperal. Tal foi o caso, por exemplo, da situação descrita por *Carolina* quando se encontrava na maternidade: “Quando ela nasceu, eu fui para o quarto, e minha mãe e meu esposo ficaram comigo. Aí eles foram ver trocar a nenê, e me deixaram lá sozinha. Eu chorei tanto, mas tanto! Eu senti que tinha sido abandonada ali. Não sei o que me deu, eu me senti só, tive uma crise de choro ali...Eu me senti desamparada, é como se eles tivessem me deixado de lado. Depois passou”. Nesse relato podia-se verificar a intensidade de uma vivência regressiva, que pode ser considerada operativa e adaptativa, na medida em que implicava o contato com emoções primitivas, que possivelmente permitiam a *Carolina* a identificação e empatia com o bebê em seu estado de dependência absoluta.

Algumas vezes a regressão pode se dar em um nível muito acentuado, e a puérpera faz uma identificação maciça com o bebê, o que interfere de forma muito inoperante para a continuidade do adequado desempenho das funções maternas.

A regressão no período puerperal pode se dar de forma acentuada, o que provoca transtornos emocionais e dificuldades no desempenho das funções maternas, ou pode ser operativa e adequada, por possibilitar à mulher atingir o estado de Preocupação Materna Primária. Observaram-se, no entanto, outras mulheres que pareciam resistir a esse estado, buscando esquivar-se dele e permanecer ligadas aos interesses externos. Era como se uma parte da mulher, mais adulta e racional, temesse ficar muito absorvida pela relação com o bebê.

O bebê imaginário e o bebê real

Durante a gravidez, a mulher nutre muitas fantasias com relação ao bebê, fruto, em parte, do desconhecimento a respeito de suas características, tanto físico como psíquicas. Isso provoca o desenvolvimento de muitas expectativas e sonhos da mulher com relação ao seu bebê imaginário. Os autores que se dedicam ao estudo deste assunto apontam para as freqüentes decepções causadas na mulher pelo contato com o bebê real recém-nascido, em razão da possível distância entre ele e o bebê sonhado.

A forma como as mães se confrontam com o bebê real, após o seu nascimento, e a maneira com que equacionam esta percepção com as expectativas anteriores com relação ao bebê imaginário. Procurou-se também verificar quais aspectos da realidade psíquica da mulher influíam em suas expectativas quanto ao bebê imaginário.

Um fato observado com freqüência refere-se ao alívio experimentado diante da realidade de ter dado à luz um bebê saudável e perfeito. As fantasias tão assustadoras que geralmente acometem a mulher durante a gravidez, de estar gerando um bebê defeituoso, são acalmadas diante da realidade benéfica. Como exemplo, temos o caso de

Mariana, que se preocupava muito na gravidez em saber se seu bebê era “normal”. Quando sua filha nasceu, ela relatou sua enorme alegria: “Ela era mais do que eu esperava. Supercertinha, bonitinha!”. Além disso, ao ouvir o choro da filha, *Mariana* se maravilhou, pois era o primeiro sinal de que tudo estava bem. Podem-se imaginar os temores que ela nutria antes de poder verificar a realidade.

Identificação com a figura materna

Quando a mulher se torna mãe, ela se identifica com a própria mãe em suas funções maternas. A extensão dessa identificação consiste em um importante aspecto durante o período pós-parto, ao relacionar-se à prontidão e facilidade com que a mulher aceita seu novo papel.

Felice (2000b) conclui que, durante o período puerperal, a identificação com uma “boa” mãe, capaz e competente, ajudava a mulher a desenvolver sentimentos de autoconfiança e segurança para desempenhar o papel materno, o que ocorreu com a maioria das puérperas que fizeram parte da amostra.

Verificou-se que algumas puérperas apresentavam a fantasia de que a “boa mãe” era uma “mãe ideal”, e com esta tentavam se identificar. *Beatriz*, por exemplo, relatou que não deixava a filha chorar quase nada, amamentando-a durante a noite de hora em hora. Queria sentir-se uma “supermãe”, temendo cometer qualquer falha. Seu ideal de mãe era bastante elevado.

No entanto, algumas puérperas não conseguiam se sentir identificadas com uma boa mãe, apresentando um tipo de identificação com uma mãe “incapaz”. Assim foi com *Miriam*, que não se sentia identificada com uma “boa” mãe, atribuindo aos outros esta capacidade (à mãe, ao marido). Sentia-se incapaz de desempenhar satisfatoriamente as funções maternas, afirmando sentir-se “uma inútil, incompetente”.

A experiência de amamentação também se relacionava à identificação com a figura materna. Observou-se que as mulheres que se identificavam com uma “boa” mãe sentiam prazer e gratificação para amamentar seu filho. Parece que essas mulheres preservavam em seu mundo interno, de forma relativamente intacta, a figura de um “seio bom”, com o qual se identificavam.

No entanto, as puérperas que se identificavam com uma mãe “incapaz” não conseguiam viver a experiência de amamentação com prazer. Assim foi com *Silvia*, cujas dores ao amamentar eram vividas como um “tormento”, e o bebê lhe parecia extremamente voraz. Internamente, *Silvia* relacionava-se com um seio materno atacado, destruído por sua própria voracidade, agora projetada no bebê, o que lhe impossibilitava sentir qualquer prazer para amamentar.

Necessidade de apoio externo

Durante o puerpério, a mulher necessita sentir-se amparada pelo ambiente, de forma que, se este for favorável, poderá fornecer-lhe apoio e sustentação emocional adequados. A segurança propiciada à mãe por um ambiente continente pode ajudá-la a se dedicar ao seu bebê com mais tranquilidade.

A falha do suporte fornecido pelo ambiente nesse período é apontada comumente como um dos fatores de risco associados à depressão puerperal.

As mulheres que participaram desta pesquisa revelaram como se sentiram beneficiadas pelo apoio proporcionado por um ambiente continente, principalmente em momentos de maior angústia. A presença participativa e acolhedora do marido e da própria mãe foi para elas fundamental. Vejamos o exemplo de Vera: “Ele (referindo-se ao marido) me dá muito apoio, me ajuda bastante nesta fase. Eu falo pra ele que sem ele não sei o que faria. É claro que a gente dá jeito pra tudo, mas é bem gostoso ter esse apoio, importante. E ele está sempre ali forte, se ele tem algum receio não demonstra, também se ele fosse chorar cada vez que eu choro, não sei o que seria... (Vera)”.

O depoimento de Vera é bastante significativo, ao revelar um dos aspectos que o ambiente favorável proporciona à puérpera, que é o de acolher as suas identificações projetivas, funcionando desta forma para ela como uma “mãe com capacidade de *rêverie*” (Bion, 1991).

Uma boa relação com o marido e com a própria mãe ajuda a puérpera a superar momentos de maior angústia.

Nos casos em que a puérpera se encontrava muito regredida, o que se observava era uma dependência extrema em relação ao ambiente próximo.

Sobre a crise do período puerperal

Tendo em vista que o puerpério representa uma situação desconhecida, que implica adequações novas e acarreta modificações importantes, esta etapa pode ser considerada um período de crise na vida da mulher primípara (Simon, 1989).

De acordo com os resultados apresentados, pode-se considerar que a relação da mulher com a figura materna internalizada consiste em um dos “fatores internos” mais significativos que irão interferir no tipo de adequação que a mulher primípara virá a apresentar durante a crise do período puerperal.

Verificou-se que nos casos em que a mulher se relacionava internamente com uma figura materna muito persecutória e/ou se sentia atacada em sua capacidade materna por uma mãe muito perfeccionista, que a culpabilizava e a quem devia aplacar, muitas dificuldades emocionais se apresentavam. A mulher se sentia angustiada desde a confirmação da gravidez, que era vivida com muita ambivalência. O desejo de ser mãe sofria muitos impedimentos internos, e a gestante não se permitia estar plenamente feliz com a perspectiva de ser mãe. Cabe destacar que algumas dessas mulheres conseguiram, após o nascimento do bebê, superar em parte suas angústias, enquanto outras, porém, tinham seus conflitos e angústias em relação à figura materna internalizada já presentes desde a gestação, incrementados após o parto, o que provocou muitas dificuldades nesse período. Durante o puerpério essas mulheres não se sentiam identificadas com uma “boa mãe”, de modo que pudessem desempenhar o papel materno com segurança, confiança e prazer. Prevalencia nesses casos um tipo de identificação com uma mãe incapaz e incompetente. Ao mesmo tempo, apresentavam um nível de regressão muito acentuado nesse período, estabelecendo uma identificação maciça com o

bebê, o que tornava intenso o sentimento de dependência em relação às pessoas do ambiente próximo. Para essas mulheres, a vivência do papel materno durante o puerpério representava um “suplício”, uma situação muito angustiante da qual queriam se libertar. O bebê era sentido como um enorme “peso”, difícil de ser carregado. Nesses casos, a crise do puerpério poderia ser classificada como “crise por perda” (Simon, 1989), ou seja, tinha o significado, para a mulher, de uma diminuição do espaço no seu universo pessoal.

Ao contrário, um relacionamento favorável e benéfico com uma figura materna boa, internalizada, capacitava a puérpera a se sentir identificada com uma “boa mãe”, de forma que pudesse poder desempenhar com segurança e prazer o papel materno. As angústias persecutórias em relação a uma figura materna internalizada má e invejosa, embora presentes em muitos casos, não se apresentavam em intensidade suficiente para provocar maiores dificuldades. A regressão, natural nesse período, possibilitava à mulher a identificação com o bebê, porém suas funções adultas eram preservadas, permitindo que ela cuidasse do filho e desempenhasse satisfatoriamente as tarefas maternas. O bebê e o papel de mãe, recém-adquiridos, representavam para essas mulheres um ganho, e a crise do puerpério poderia ser classificada como “crise por aquisição” (Simon, 1989), ou seja, tinha em sua origem, como fator, um aumento significativo do espaço no universo pessoal da mulher, que estimulava o desenvolvimento de suas potencialidades latentes.

Pode-se concluir, a partir dessas considerações, que a qualidade das experiências emocionais da mulher durante o puerpério está relacionada à possibilidade de ter estabelecido dentro do ego, de forma segura, um “bom” objeto interno, isto é, uma “boa mãe”, condição esta indispensável para a resolução satisfatória da posição depressiva (Klein, 1935, 1940). A instalação, no mundo interno da mulher, de uma boa mãe, conduz ao sentimento de confiança e segurança interior para desempenhar seu papel de mãe. Nos casos em que essa condição não ocorreu, um quadro melancólico se apresentou, com todo o peso dos sentimentos de culpa persecutória que lhe é característico.

Para que esse desenvolvimento psíquico ocorra, a “mãe real” na infância tem importância fundamental, já que a introjeção de uma figura materna bondosa depende, entre outros fatores, da qualidade das experiências com a mãe real.

O puerpério como período de crise

O puerpério é um período de crise na vida da mulher primípara, pois representa uma situação desconhecida, que implica adequações novas e acarreta mudanças importantes. Este estudo psicodinâmico do puerpério permitiu verificar que neste período crítico, ao lado das alegrias e prazeres da maternidade, a mulher vivencia situações de angústia, dentre as quais destacam-se as angústias persecutórias e os sentimentos de culpa persecutória em relação à figura materna internalizada. As angústias persecutórias em relação a uma figura materna hostil e vingativa foram verificadas na maioria das puérperas que participaram da pesquisa e se expressaram principalmente pelo temor de um ata-

que, por parte de uma mãe má e invejosa, à felicidade alcançada com o nascimento do bebê, e do temor de ter o filho roubado ou atacado. O mecanismo de defesa mais utilizado contra a angústia persecutória foi a idealização. Em algumas mulheres, as angústias persecutórias se associaram a um sentimento de culpa persecutória em relação a uma figura materna acusatória, que negava à mulher a permissão para ser mãe, provocava-lhe culpa e a atacava em sua capacidade materna (Felice, 2000a).

Esses aspectos emocionais foram responsáveis por grandes dificuldades afetivas quando se apresentavam com muita intensidade, chegando a provocar na puérpera uma incapacidade para viver a experiência de maternidade com gratificação e prazer, pois o desejo de ser mãe sofria muitos impedimentos internos. A relação da mulher com a figura materna internalizada consiste em um dos principais fatores internos que influenciam o tipo de adequação que a mulher primípara apresenta durante a crise do período puerperal.

As entrevistas realizadas durante a gestação permitiram verificar que quando os conflitos com relação à figura materna eram muito intensos, eles já se apresentavam com intensidade durante a gestação e se expressavam principalmente por meio de um excessivo temor de morrer no parto, de estar gerando uma criança defeituosa ou de abortar. Verificava-se que uma mãe interna muito vingativa ameaçava a mulher e a seu bebê. Dúvidas quanto à própria capacidade de vir a ser uma boa mãe e o sentimento de não merecer o privilégio da maternidade já se faziam presentes. Algumas vezes, a mulher não se permitia estar feliz com a gravidez, sentindo-se culpada em relação à mãe interna. O nascimento do bebê, permitindo a verificação de que ele era saudável e perfeito, ajudou a aplacar as angústias da mulher em alguns casos.

Essas constatações permitiram relacionar a qualidade das experiências emocionais da mulher, durante a gestação e o puerpério, com a elaboração satisfatória da posição depressiva infantil, pois a presença de uma figura materna bondosa, firmemente estabelecida no mundo mental da mulher, mostrou-se o principal fator gerador de sentimentos de confiança e segurança interior para desempenhar o papel de mãe.

Na relação com o bebê foi possível verificar a influência e a atuação de diversos aspectos psíquicos da puérpera. Entre eles, angústias depressivas se expressaram em alguns casos, por meio de preocupações pelo estado e bem-estar do bebê, pois a mulher duvidava da própria capacidade de ter recursos suficientes para ser uma boa mãe e cuidar adequadamente do filho.

Em alguns casos, angústias persecutórias surgiram na relação com o bebê, de forma que a puérpera se sentia ameaçada e perseguida por ele. O bebê era sentido como um objeto hostil, algumas vezes um "monstrinho voraz", sobre quem eram projetados os próprios impulsos sádicos e vorazes da mulher.

O estado de Preocupação Materna Primária, descrito por Winnicott (1982) pôde ser identificado na maioria das mulheres, por intermédio das suas referências a um desinteresse pelo mundo externo, um estado de sensibilidade aumentada (presente desde a gestação) e uma capacidade intuitiva de perceber e identificar as necessidades do bebê. A regressão parcial em que a mulher é conduzida nesse período, que facilita sua identificação com o bebê, foi detectada em alguns casos, pelo relato de experiências que implicavam vivências regressivas. A regressão mostrou-se, por vezes, operativa e adapta-

tiva, e em outros casos, se deu em um nível muito acentuado, conduzindo a puérpera a uma identificação maciça com o bebê, deixando de ser operativa. Nesses casos, a puérpera tornava-se muito dependente do meio externo e perdia parte de suas funções adultas, não conseguindo desempenhar adequadamente as funções maternas.

Em um outro extremo encontraram-se algumas mulheres que “resistiam” contra a tendência regressiva natural, esforçando-se por permanecer vinculadas aos interesses externos à relação com o bebê. Parecia que uma parte dessas mulheres, mais adulta e racional, procurava defender-se contra uma entrega mais profunda à experiência que estava sendo vivida.

As fantasias e expectativas quanto ao bebê imaginário conservavam, em alguns casos, relação com aspectos narcisistas da mulher, revelados nas expectativas de que o bebê se parecesse com um dos pais. Nesses casos, o “choque” entre o bebê imaginário e o bebê real, quando houve, foi rapidamente superado.

As expectativas quanto ao sexo do bebê relacionavam-se, em cada caso, a diferentes aspectos do mundo mental da mulher. Por exemplo, algumas mulheres desejavam uma menina para poderem reviver sua antiga relação com a própria mãe; outra desejava, por meio de uma filha, reconstruir um vínculo mãe-filha diferente do que viveu; uma outra desejava um menino por possuir uma imagem de mulher muito desvalorizada etc.

Outro aspecto que se revelou influente sobre as expectativas quanto ao bebê imaginário, e depois sobre os sentimentos dirigidos ao bebê real, consistiu nas relações primárias da mulher com seus objetos. Por exemplo, antigos sentimentos de ciúmes e rivalidades, provenientes de relações com irmãos na infância, podem ser reproduzidos na relação com o bebê, interferindo em parte sobre ela.

Para diversas mulheres, o contato com o bebê real produziu uma sensação de alívio, ao apagar suas angústias de que não seria capaz de ter um bebê em seu interior, ou de que ele não seria perfeito e saudável.

A experiência de amamentação mostrou-se relacionada ao tipo de identificação com a figura materna. Quando a mulher se identificava com uma boa mãe e um seio bom, ela obtinha prazer e gratificação na experiência de amamentação. Se, no entanto, ela se identificava predominantemente com uma mãe incapaz e um seio destruído, ela não conseguia sentir prazer ao amamentar.

A identificação com a figura materna e a plena aceitação do papel materno podem entrar em conflito com aspectos narcísicos da mulher, tal como foi observado em um dos casos. As mudanças corporais devidas à gravidez, ao parto e à amamentação conflitaram com os desejos narcísicos da mulher de preservar o corpo como objeto de atração erótica.

Entre os fatores externos que facilitam as experiências positivas durante este período, destacaram-se neste estudo a qualidade da relação afetiva com o marido e o apoio adequado fornecido pelo ambiente que cerca a mulher.

5. Novas tendências na assistência a doentes mentais

Batista e Lundberg (2000), bolsistas de iniciação científica da Fapesp, realizam no Departamento de Psicologia Clínica do IP-USP um trabalho que faz uma reflexão sobre

as casas residenciais com equipes de saúde mental para tratar de pacientes esquizofrênicas, ex-internas de hospital psiquiátrico. O projeto pertence a um processo que vem ocorrendo no âmbito da Saúde Mental brasileira desde a década de 30. Faz parte de um grupo de aproximadamente 200 pacientes que vivenciam um projeto de desospitalização, que visa à abertura para o convívio em sociedade, buscando restaurar a autonomia e incentivar a inclusão social de doentes mentais. Os moradores da unidade têm idade média de 50 anos, a maioria deles com diagnóstico de esquizofrenia. Essas pacientes já têm uma história de internação e pudemos observar a existência de dificuldades para terem a própria demanda, como se estivessem acostumadas apenas a reagir àquilo que vem de fora. Tal fato aponta para a necessidade de refletir sobre o processo de socialização implícito nesta nova assistência aos doentes mentais.

Em 27 de fevereiro do ano 2000, o jornal *Folha de São Paulo* publicou um artigo sob o título *Governo Quer Reintegrar Doentes Mentais*. Essa reportagem enfoca a situação legal dos projetos de reinserção social de pacientes psiquiátricos, tendo a portaria do Ministério da Saúde, do dia 11/02/2000, regulamentado o pagamento e estabelecido as regras de funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como: Moradias Assistidas; Lares Abrigados; Pensões Protegidas; ou Lares Protegidos.

Belmont (1997a, 1997b) considera o *Lar Protegido* como fruto de uma nova visão, influenciada pela reforma na psiquiatria italiana, iniciada por Franco Basaglia, tendo, portanto, valor simbólico e de mudança de paradigmas. É um processo que vai contra a prática de exclusão social e repressão vigente nos manicômios, que se mostravam como espaços de violência, punição e tortura.

Esse projeto vem ocorrendo desde aproximadamente 1990, buscando alternativas à inclusão. Parte de uma visão em que as pessoas portadoras de deficiência são apenas portadoras de diferenças, sendo que estas são vistas como uma diversidade e não como um peso. Segundo essa filosofia de integração social de pacientes com a sociedade, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira é considerado referência neste tipo de atendimento no Brasil.

Tendo em vista todo esse panorama, assistimos em julho de 1987, após a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, a um agrupamento de profissionais, decepcionado com o fracasso dos esforços realizados nessa direção e influenciado pelas idéias da Psicanálise que trazem uma dimensão humana ao doente mental, investir na realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, radicalizando suas posições, por meio do lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios!”.

Delgado (1987) afirma que a desospitalização está longe de ser algo de caráter técnico-administrativo; segundo ele, trata-se de uma “devolução à comunidade” da responsabilidade em relação aos doentes e aos seus conflitos.

Dentro dessa perspectiva, várias instituições iniciaram um processo de desospitalização, entre as quais o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, localizado em Sosas, no Estado de São Paulo. Esse hospital há oito anos iniciou um processo de desinstitucionalização, trabalhando com moradias assistidas. A idéia é a de que, no futuro, haja moradias próximas da família de cada paciente, a fim de manter o vínculo familiar.

Atualmente o Cândido Ferreira conta, além de outras, com uma Unidade de Reabilitação de Moradores, que aglutina pacientes cronificados e profissionais comprometidos

com a superação deste estado. As práticas visam ao incremento da autonomia, que a unidade acredita que só será exercida plenamente fora dos limites do hospital.

A unidade conta com seis moradias, sendo que cada uma delas abriga em torno de cinco pacientes. O hospital ainda abriga a maior parte dos pacientes, que estão aguardando a mudança para novas moradias.

Em uma dessas moradias, que se localiza em um bairro do distrito de Sousas, e abriga sete pacientes do sexo feminino, com idade média 56 anos, encontramos Benedita, Jovita, Luisa, Sônia, Judite, Joana e Eva, que não só dividem um espaço, mas também uma história em comum. Elas estão morando lá desde o dia 5 de janeiro de 1999 (e é importante ressaltar que nunca foi feito nenhum trabalho com a comunidade local). Essa moradia será o objeto de estudo do presente trabalho.

A mudança do hospital para a moradia pode trazer uma mudança na própria constituição da identidade. Ao ser internado num hospital psiquiátrico, o indivíduo passa por um processo de despersonalização, uma vez que as decisões a respeito de sua vida estão nas mãos da instituição. Segundo Goffman (1974), o eu não é uma propriedade da pessoa à que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. Pode-se dizer que esse tipo de disposição social não apenas apóia, mas constitui o eu.

Acreditamos, nos remetendo a Castel (1987), que por meio do processo inverso as pacientes possam recuperar uma outra noção de identidade, e que talvez possa ser restituída uma dimensão humana a essas pessoas excluídas.

O objetivo de Batista e Lundberg (2000) foi acompanhar de perto o processo de desospitalização, para ter um melhor entendimento a respeito de como ocorre a adaptação dessas pacientes, bem como a maneira como a comunidade local responde a isto.

Além da observação, pretendemos que este trabalho seja um veículo para formação de opinião a respeito da inclusão. Por meio dos resultados, futuramente poderemos pensar em uma intervenção na comunidade, pois acreditamos que o conhecimento possibilita a compreensão, que é imprescindível para que ocorra a ressocialização de pacientes psiquiátricos

Do hospital à moradia assistida

Conforme já dito, as sete mulheres têm uma longa história de internação em diversos hospitais psiquiátricos, e não temos acesso a todas as informações concretas a respeito de suas vidas antes da internação. Essas recordações também se perderam para elas, já que foram destituídas de sua singularidade em todo esse processo.

Assim, procuramos iniciar uma discussão sobre o significado da mudança para a moradia assistida, tanto para a comunidade local quanto para essas mulheres. Nos baseamos para isso, em visitas realizadas a essa moradia e em entrevistas com membros da comunidade; trata-se de primeiras reflexões, que servirão para uma análise posterior mais aprofundada. Esse será o segundo momento do presente trabalho.

O que pudemos observar nessas pacientes é que existe uma dificuldade de ter uma demanda própria, como se estivessem acostumadas com o que vem de fora. Depois de

anos seguindo regulamentos e programações do Hospital, fica difícil para elas desejar algo. Elas passam muito tempo deitadas em seus quartos ou assistindo à televisão, mas se animam com a presença das entrevistadoras.

Pode-se perceber uma mudança no comportamento das moradoras das primeiras visitas até agora, sendo que as pacientes passaram a interagir mais, já pegando cadeiras e sentando em roda com a chegada das pesquisadoras. Isso indica que há a possibilidade de uma socialização.

Algumas delas ainda têm certa deficiência em relação aos cuidados pessoais (como tomar banho, lavar roupas, escovar os dentes), o que está sendo trabalhado pelos profissionais do Cândido Ferreira, fazendo parte desta transição. Mas já se pode perceber, após um ano e meio de observação participante, uma aquisição de maior autonomia. *Luísa* ocupa a posição de “dona de casa”, é ela quem faz as refeições, quem cuida da casa, quem sempre faz café para as entrevistadoras, fazendo questão de que se sintam à vontade, sentem, tomem café, comam etc.

Benedita e *Jovita*, as mais caladas, são as duas moradoras que permanecem mais isoladas, mas ainda assim demonstram já um cuidado maior consigo mesmas. *Benedita* adora passar batom, pintar as unhas, e *Jovita* aprecia observar o movimento da rua.

Em se tratando da relação com a comunidade, o que pôde ser observado foi que não há uma grande interação entre elas e os vizinhos. Constatou-se diferentes reações das pessoas durante passeios realizados nessas visitas, desde irritação, medo, esquiva, olhares curiosos à tentativas de aproximação (principalmente das pessoas idosas).

Constatamos, por meio de entrevistas com os moradores vizinhos, uma abertura da comunidade em relação a elas. Muitos moradores se mostraram solícitos em ajudá-las e em relacionar-se com elas, especialmente os mais idosos. Exemplos de resposta:

Pesquisadora: Sabe alguma coisa sobre elas?

Morador: Não, isso eu não sei, só sei que elas são pacientes do Cândido Ferreira e que moram ali, mas quais são os problemas não sei.

Pesquisadora: E o que você acha delas terem se mudado para o bairro (sic)?

Morador: É bom, porque ... pelo menos elas vão se virando sozinha, né (sic)? É diferente, né? Fica lá dentro, fica mais dependentes e fora já (sic)..., já começa a conviver com a sociedade, elas se viram até que bem.

Também obtivemos muitas respostas indiferentes, além de constatarmos uma falta de informação por parte desta comunidade em relação a elas, o que pode estar colaborando com a falta de interação e indiferença da comunidade com as pacientes:

Pesquisadora: E você sabe quem são elas?

Morador: Não sei, elas são lá do Cândido Ferreira, mas elas não amola (sic) de jeito nenhum, às sete horas elas já tão (sic) tudo dormindo.

Pesquisadora: E o que você acha delas terem se mudado para o bairro (sic)?

Morador: Ah coitadas, para mim tanto faz, elas são umas coitadas, as mulheres aí quando sobra comida, leva para elas, por mim elas pode morar aí o resto da vida (sic).

Novos lugares para velhos problemas

A moradia assistida é uma nova tendência e faz parte de um processo que está acontecendo, processo este que precisa de muitos cuidados e dedicação. Não basta mudar o espaço, é necessário uma mudança de “mentalidade”. Uma inclusão verdadeira envolve a comunidade no projeto de integração, requer que a sociedade entre em real contato com essas pessoas e pare de tentar negá-las.

Para isso acreditamos que seja de grande valia nesse processo um trabalho de esclarecimento, com novas informações e apoio à comunidade, a fim de que esteja melhor preparada para acolher essas pessoas. O verdadeiro contato com as diferenças, quando possível de ser realizado, proporciona o crescimento de todos os sujeitos da sociedade como um todo.

6. Apoio psicológico para a família de recém-nascidos com diabetes

Estamos desenvolvendo uma pesquisa no setor de neonatologia de um hospital da cidade de São Paulo sobre os fatores psicossociais no apoio familiar de recém-nascidos com diabetes.

O projeto tem previsão de duração de cinco e apresenta como principal objetivo o exame de fatores psicossociais não tradicionais na educação em diabetes e na família. Esses novos fatores incluem características psicossociais da comunidade, processos de família, educação sobre diabetes, características do paciente e do hospital, e o papel da cultura. Os fatores já estudados anteriormente se referem a influências da raça, do estilo de vida, de percepções sobre segurança e capacidade intergeracional de lidar com o diabetes.

Os estudos anteriores levantam poucas questões sobre o apoio familiar, sobre expectativas e percepções a respeito do bem-estar mental, entre outros. São estudos cujo enfoque ignora o comportamento humano e minimiza a importância de pesquisar os fatores ambientais, sob o ponto de vista de uma definição mais ampla.

A revisão dos conhecimentos sobre diabetes tipo 2 em crianças e adolescentes ajuda na avaliação da magnitude da doença e sua importância em saúde pública. É difícil detectar diabetes tipo 2 em crianças porque a doença pode permanecer sem diagnóstico por longo tempo; porque as crianças não têm nenhum sintoma ou são sintomas leves; e porque são necessários exames de sangue para o diagnóstico.

É difícil ainda ter certeza de que é do tipo 2 devido aos critérios de diferenciação entre os dois tipos de diabetes, isto é, (1) crianças com tipo 2 podem desenvolver cetoacidose; (2) crianças do tipo 1 podem ter sobrepeso; e (3) porque a prevalência total da doença pode ainda ser baixa. Isso significa que há necessidade de grandes amostras da enorme população de crianças, a fim de encontrar estimadores estáveis de prevalência.

Esta investigação se norteia pelos seguintes objetivos: (a) estabelecer enfoques e métodos não-tradicionais para melhor compreensão da dinâmica psicossocial e comunitária que influencia o bem-estar psicológico das famílias de pacientes diabéticos; (b) identificar os fatores ambientais de modo eficaz; (c) fornecer argumentos para o desenvolvimento de intervenções centradas na família, objetivando os fatores ambientais para ajudar os membros da família do paciente a conviver com o diabetes.

Aspectos psicológicos do controle glicêmico de pessoas com diabetes

O *diabetes mellitus* tipo 2 caracteriza-se por uma sintomatologia leve e pequena produção de insulina. Geralmente, é controlado com dieta restrita e medicamentos orais que estimulam a liberação da insulina. Entre os sintomas encontramos a fome, sede, micções freqüentes, perda de peso e cansaço. Em mulheres pode ocorrer irritação severa e prurido vaginal aparecendo, em geral, após os 30 anos. O trabalho preventivo junto aos pacientes é muito importante, já que o início dos sintomas é suave, com alterações de açúcar no sangue não tão elevadas. No entanto, a médio prazo as complicações podem tornar-se irreversíveis.

O bebê diabético apresenta-se hipoativo, desidratado e com respiração rápida e profunda. Se não detectado rapidamente por exames de sangue, pode levar a um embolamento cerebral e conseqüente coma. Aparentemente são bebês calmos, que choram pouco, facilitando o trabalho de enfermeiras atarefadas. Na realidade podem estar entrando em coma e até chegar à morte.

O paciente diabético está constantemente ameaçado. Perdeu seu corpo saudável, seus antigos hábitos, e complicações decorrentes de seu estado podem surgir. Em dois estudos com diabéticos, Heleno (1992; 2000) mostra que um grupo de pacientes com bom controle glicêmico, que aceita o fato de estar diabético e segue o tratamento, pode suportar a angústia do desconhecido, utilizar defesas psíquicas e elaborar o luto (pela perda do corpo sadio e as tantas outras que experimenta).

Há, entretanto, outro grupo de pacientes que fica paralisado e não consegue prosseguir com o tratamento. Não suporta a vivência dolorosa da doença e não pode elaborar o luto. Esse paciente nega a perda e não supera a ansiedade de estar doente. Suas emoções ficam imobilizadas, pois não consegue experimentar a tristeza pela perda. Esse sujeito rejeita a realidade, nega os sintomas do diabetes e acredita que nada mudou em sua vida. Cria-se uma resistência crônica paralisante que impede o tratamento, considerado por ele algo negativo. Sente-se protegido, pois acredita que nada irá lhe acontecer. Esse sistema defensivo impede o tratamento e pode estar funcionando como uma Organização Patológica (Godoy, 1994; Heleno, 2000; Noronha, 2000).

As organizações patológicas podem surgir a qualquer momento da vida psíquica segundo Godoy (1994) e Noronha & Loureiro (1998). Todavia, no caso do diabetes, a paralisação do tratamento pode levar à morte, além de trazer um intenso sofrimento físico e psíquico. O estabelecimento de organizações patológicas em pacientes diabéticos torna-se, dessa forma, muito perigoso. Eles sofrem sem se dar conta, vivem como se não possuíssem tal disfunção e experimentam grande angústia apenas quando a complicação, que poderia ter sido evitada, torna-se irreversível.

A partir desses dados torna-se interessante pensar como pode ocorrer a relação entre as mães diabéticas e seus bebês. Se a mãe apresenta organizações patológicas pode não estar em condições de perceber que seu bebê também é diabético e exigir dos profissionais de saúde que realizem o exame de sangue necessário para detecção da doença (já que esse exame não é obrigatório) e posterior tratamento.

Alguns estudos mostram que as expressões emocionais da mãe estão relacionadas com o controle metabólico do diabetes na infância. Isso demonstra que a mãe precisa estar emocionalmente saudável e apta a ajudar seu filho no tratamento da doença.

Em mães diabéticas de recém-nascidos pré-termo, além de todas as angústias relacionadas ao diabetes e às dificuldades que tal disfunção impôs à gravidez, há também a impotência por não ter podido levar a gravidez a termo e o sofrimento pela separação precoce do bebê. Não se sabe se e como essa angústia poderia influir no estabelecimento de organizações patológicas e como isso influenciaria a relação mãe-bebê.

Assim, o objetivo do presente trabalho é detectar se há organizações patológicas em mães diabéticas e como isso afetaria a percepção do diabetes em seus bebês. Supõe-se que, se há organização patológica, as mães demorariam mais a perceber que seus bebês estão doentes da mesma forma que elas, colocando suas vidas em perigo.

Este estudo poderia permitir que no futuro as mães recebessem apoio para estarem aptas a perceberem o que se passa com seus bebês, além de alertar os profissionais de saúde para tais questões.

Considerações finais

Os desafios sobre as extensões da psicologia clínica para a saúde nos remetem à necessidade de ampliação da atuação do psicólogo clínico para além dos limites do consultório, nos colocando frente à necessidade de descobrir novas formas de abordagem para antigos problemas psicológicos.

Essa tarefa requer, antes de tudo, a organização interna do psicólogo para poder apreender a realidade de modo que construa respostas criativas e questões que combatam e diminuam a exclusão mental e social.

Referências

- BATISTA, R.A.M.; LUNDBERG, K. (2000) Uma Nova Tendência em Assistência a Doentes Mentais. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 8 (13), (in press).
- BELMONT, S. A. (1997a) Fontes no deserto: contradição ou possibilidade? *Anais do VI Encuentro Latino-Americano sobre el Pensamiento de Donald Winnicott*, p.41-48.
- BELMONT, S.A. (1997b) Lar Protegido: Brincar, Sonhar, Reconstruir. In: Catafesta, I.F.M. (org.) *A Clínica e a Pesquisa no Final do Século: Winnicott e a Universidade*. São Paulo: Lemos Editorial.
- BERLINGUER, G. (1996) *Ética da Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- BION, W.R. (1991) *Aprendendo da Experiência*. Trad. Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago (Original inglês de 1962).
- CASTEL, R. (1987) *A Gestão dos Riscos – da Antipsiquiatria à Pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves.
- CHERTOK, L. (1969) *Motherhood and Personality*. London, Tavistock Publications.
- DEBRAY, R. (1988) *Bebês/Mães em Revolta*. Trad. Leda Mariza Vieira Fischer. Porto Alegre: Artes Médicas.
- DELGADO, P.G.G. (1987) Perspectivas da Psiquiatria Pós-asilar no Brasil. In *Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes, co-edição ABRASCO.

- DEUTSCH, H. (1951) *La Psicología de la Mujer*. Trad. Felipe Jimenez de Asúa. Buenos Aires: Editorial Losada.
- DEW, M.A.; SIMMONS, R.G.; ROTH, L.H.; SCHULBERG, H.C.; THOMPSON, M.E.; ARMITAGE, J.M.; GRIFFITH, B.P. (1994) Psychosocial predictors of vulnerability distress in the year following heart transplantation. *Psychological Medicine*, 24, p.929-945.
- DOMASH, L. (1988a) Motivations for Motherhood and the Nature of the Self-Object Tie. In: Offerman-Zuckerberg, J. (ed) *Critical Psychophysical Passages in the Life of a Woman: A Psychodynamic Perspective*. New York: Plenum Press, p.93-101.
- DOMASH, L. (1988b) The Postpartum Period: Analytic Reflection on the Potential for Agony and Ecstasy. In: Offerman-Zuckerberg, J. (ed) *Critical Psychophysical Passages in the Life of a Woman: A Psychodynamic Perspective*. New York: Plenum Press, p.133-145.
- FELICE, E.M.D. (1997) A Depressão Materna. In: Catafesta, I.F.M. (org) *A Clínica e a Pesquisa no Final do Século: Winnicott e a Universidade*. São Paulo: Lemos Ed., p.153-155.
- FELICE, E.M.D. (1999) *Estudo psicodinâmico em mulheres primíparas*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- FELICE, E.M.D. (2000a) *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Editora Vetor.
- FELICE, E.M.D. (2000b) A psicodinâmica do puerpério em mulheres primíparas. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 8 (13) (in press).
- FERRARI, H.; LUCHINA, J.; LUCHINA, N. (1971) *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- FREUD, S. (1976) A Dissolução do Complexo de Édipo. In: *Obras Completas, v.19*. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1924.
- FREUD, S. (1976) Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os sexos. In *Ed. Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 19*. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1925.
- FREUD, S. (1976) Feminilidade (Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise – Conferência 33). In: *Ed. Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.22*. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1933.
- FREUD, S. (1976) Sexualidade Feminina. In: *Ed. Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 21*. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1931.
- FREUD, S. (1976) Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. In: *Ed. Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.14*. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1914.
- GODOY, M.B.R. (1994) *Narciso e a morte precoce de Édipo: uma organização mental patológica a serviço dessa tragédia*. Tese (Doutorado) Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.
- GOFFMAN, E. (1974) *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- HELENO, M.G.V. (1992) *Equilíbrio psíquico e controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo 2*. (Dissertação de Mestrado). Curso de Pós-graduação em Psicologia da

Saúde, Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade METODISTA de São Paulo.

- HELENO, M.G.V. (2000) *Variações da adaptação em pacientes com diabetes tipo II e análise do papel das organizações patológicas*. (Tese de doutorado). Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.
- KLEIN, M. (1981) O Luto e sua Relação com os Estados Maníaco-Depressivos. In: Klein, M. *Contribuições à Psicanálise*. Trad. Miguel Mailliet. São Paulo: Mestre Jou, 1940, p.391-424.
- KLEIN, M. (1975) Os Efeitos das Primeiras Situações de Angústia sobre o Desenvolvimento Sexual da Menina. In: Klein, M. *Psicanálise da Criança*. Trad. Pola Civelli. São Paulo: Mestre Jou, 1932, p.259-311.
- KLEIN, M. (1981) Primeiras Fases do Complexo de Édipo. In: Klein, M. *Contribuições à Psicanálise*. Trad. Miguel Mailliet. São Paulo: Mestre Jou, 1928, p.253-267.
- KLEIN, M. (1981) Uma Contribuição à Psicogênese dos Estados Maníaco-Depressivos. In: Klein, M. *Contribuições à Psicanálise*. Trad. Miguel Mailliet. São Paulo: Mestre Jou, 1935, p.355-389.
- KOHUT, H. (1977) *The Restoration of the Self*. New York, International Universities Press.
- KUHN, W.F.; BRENNAN, A.F.; LACEFIELD, P.K.M.; BROHM, J.; SKELTON, V.D.; GRAY, L.A. (1990) Psychiatric distress during stages of the heart transplant protocol. *Journal of Heart Transplant*, 9, p.25-29.
- KUHN, W.F.; MYER, B.; BRENNAN, A.F.; DAVIS, M.H.; LIPPMANN, S.B.; GRAY, A.L. JR.; POOL, G.E. (1988) Psychopathology in heart transplant candidates. *Journal of Heart Transplant*, 7, p.223-226.
- LANGER, M. (1981) *Maternidade e Sexo*. Trad. Maria Nestrovsky Folberg. Porto Alegre: Artes Médicas.
- LARSEN, F.W. (2001) A tristeza materna após o parto. Trad. Lúcia de Mello Senra do Valle, Rigshospitalet, Departamento de Psiquiatria Infantil, Copenhagen, Dinamarca. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 9 (15) (in press).
- LEVENSON, J.L.; OLBRISCH, M.E. (1993) Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: a comparative survey of process, criteria and outcomes in heart, liver and kidney transplant. *Psychosomatics*, 34 (4), p.314-23.
- MALDONADO, M.T.P. (1984) *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. 6 ed. Petrópolis: Vozes.
- MARICLE, R.A.; BURT, A.R.; HOSENPUD, J.D. (1991b) Correlations of cardiac function and SCL-90-R in heart transplant candidates. International. *Journal of Psychiatry Medicine*, 21 (2), p.127-134.
- MARICLE, R.A.; HOSENPUD, J.D.; NORMAN, D.J.; PANTELY, G.A.; COBANOGLU, A.M.; STAR, A. (1991a) The lack of predictive value of preoperative psychologic distress for postoperative medical outcome in heart transplant recipients. *Journal of Heart and Lung Transplant*, 10 (6), p.42-47.
- NORONHA, O.R. (2000) *Um estudo clínico sobre o papel das organizações patológicas num paciente com tendências suicidárias*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo.

- NORONHA, O.R.; LOUREIRO, S.M.G. (1998) Reflexões sobre a análise de um paciente com tendências suicidas. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 6 (10), p.195-220.
- OLBRISCH, M.E.; LEVENSON, J.L. (1991) Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria and outcomes. *Journal of Heart Lung Transplant*, 10 (6), p.948-55.
- OSORIO, R.W.; ASCHER, N.L.; AVERY, M. et al. (1994) Predicting recidivism after orthotopic liver transplant for alcoholic liver disease. *Hepatology*; 20 (1), p.105-110.
- PEREIRA, A.A.M. (2000a) *Configurações vinculares em candidatos a transplante cardíaco*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- PEREIRA, A.A.M. (2000b) Considerações éticas sobre o papel dos profissionais de saúde mental que atuam junto a centros de transplante cardíaco. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 8 (13) (in press).
- PEREIRA, A.A.M.; ROSA, J.T. (1998) Abuso de bebida alcoólica em cardíacos: fatores psicológicos para inclusão no programa de transplante cardíaco. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 8 (6 supl A), p.1-9.
- PEREIRA, A.A.M.; ROSA, J.T.; HADDAD, N. (2000) Variations in psychological adaptation to prescribed heart transplant: long-term risk factors and survival probability. *Journal of Lung and Heart Transplant*. no prelo, estágio de peer-review para publicação.
- ROBERTS, D. (2000) The brief psychotherapy with borderline patients. *Psychoanalytic Psychology*, 17 (1), p.106-127.
- ROMARO, R.A. (1999a) *Variações da eficácia adaptativa de pacientes borderline em psicoterapia breve dinâmica*. Tese (Doutorado). Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- ROMARO, R.A. (1999b) Avaliação da psicoterapia breve dinâmica com pacientes borderline. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 7 (12), p.109-133.
- ROMARO, R.A. (2000) *Psicoterapia breve dinâmica com pacientes borderline: uma proposta viável*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- SIMON, R. (1989) *Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos*. São Paulo, EPU.
- SOIFER, R. (1986) *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Trad. Ilka Valle de Carvalho. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- SPITZ, R.A. (1993). *O Primeiro Ano de Vida: Um Estudo Psicanalítico do Desenvolvimento Normal e Anômalo das Relações Objetivas*. Trad. Erothildes M. Barros da Rocha. 7 ed. São Paulo, Martins Fontes.
- STOLF, N.A.G.; JATENE, A.D. (1988) Transplante cardíaco humano – estado atual. *Ars Curandi Cardiology*, 10 (76), p.60-68.
- TSU, T.M.J.A. (1980) *Análise de Sonhos de Gestantes: um estudo sobre regressão*. São Paulo, Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- WINNICOTT, D.W. (1982) *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. 2 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

WINNICOTT, D.W. (1994) O Medo do Colapso. In: Kohon, G. (org) *A Escola Britânica de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Contatos

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Departamento de Psicologia Clínica
Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues, 399 – Bloco 17
Cidade Universitária – São Paulo – SP
CEP 05508-900
e-mail jtolen@mailmac.macbbs.com.br

Tramitação

Recebido em abril/2001
Aceito em junho/2001