

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**“O QUE MEU BEBÊ (NÃO) TEM!” EXPLORAÇÕES PSICANALÍTICAS
DE UM CASO CLÍNICO EM UTI NEONATAL**

ANA CAROLINA DINIZ

Brasília – DF

2009

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**“O QUE MEU BEBÊ (NÃO) TEM!” EXPLORAÇÕES PSICANALÍTICAS
DE UM CASO CLÍNICO EM UTI NEONATAL**

ANA CAROLINA DINIZ

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri.

Brasília – DF

2009

A Banca Examinadora que aprovou esta dissertação teve a seguinte composição:

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri
Universidade de Brasília – UnB
Presidente

Profa. Dra. Sandra Maria Baccara Araújo
UniCEUB – Centro Universitário de Brasília
Membro Externo

Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard
Universidade de Brasília – UnB
Membro Titular

Prof. Dr. Ileno Izídio Costa
Universidade de Brasília – UnB
Membro Suplente

Brasília, 13 de fevereiro de 2009.

À Rani e ao Guigo, que incondicionalmente ofertaram-me um saber.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em especial, aos meus pais, Márcio e Loiza, pelo estímulo deste percurso.

Ao meu irmão, José Márcio, e sua esposa, Carolina, que tanto me dedicaram e propuseram um lar em Brasília.

Ao irmão Guilherme, que fez vigorar em mim mais sentido para viver.

Ao meu esposo, Ricardo, precioso pelo amor e pelo companheirismo em todos os momentos.

À Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri, pela dedicada compreensão e arte de transmissão de seus conhecimentos.

À Profa. Dra. Rosana Tristão, pela empenhada disponibilidade.

À Sônia, estimada e cuidadosa tia, além de companheira profissional.

À amiga Luciana Parra e ao primo Levindo, que em momentos finais foram tão solícitos.

Ao grupo do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise, pela amizade compartilhada.

A Capes, pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO 1 – A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	12
1.1 Primeiros encontros e configuração do <i>setting</i> terapêutico.....	14
1.2 Início do relato da história pessoal.....	24
1.3 Meses próximos e prósperos.....	30
1.4 O telefonema de Rani.....	34
1.5 A situação transferencial.....	35
1.6 Os “pertences”.....	37
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA.....	41
2.1 Das interações precoces às relações interpessoais.....	44
2.2 Da “clínica da interação”.....	46
2.3 Das crianças carregadas pelo braço da mãe à interação fantasmática.....	48
2.4 Da construção do caso clínico.....	50
CAPÍTULO 3 – FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	52
3.1 O saber materno	52
3.2 O <i>holding</i> e o <i>handling</i> materno.....	59
3.3 O manejo na situação clínica: o <i>holding</i> e o <i>placement</i>	66
3.1.1 Da materialidade do <i>setting</i> ao <i>placement</i>	72
3.1.2 Da materialidade do <i>setting</i> ao <i>holding</i>	72
3.1.3 Transferência e estabelecimento do <i>placement</i>	74
3.1.4 Espaço potencial.....	74
3.1.5 O <i>holding</i> , o <i>placement</i> e o cotidiano.....	75
CAPÍTULO 4 – A IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA NO CASO CLÍNICO.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E VIDEOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	95
Anexo 1.....	95
Anexo 2.....	96

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa psicanalítica referente a um caso clínico em UTI neonatal. Inicialmente, teço considerações sobre o caso clínico para maior compreensão do leitor. Posteriormente, abordo o método psicanalítico, de modo a enfatizar a especificidade de um fazer clínico na relação transferencial estabelecida a três (clínico, mãe e bebê). Em seguida, investigo o saber materno por meio dos conceitos “preocupação materna primária”, “mãe devotada comum” e “mãe suficientemente boa”. Desenvolvo os conceitos *handling* e *holding* maternos e amplio conceitos *holding* e *placement*, vinculados ao manejo na situação clínica. Nesses três momentos, o material clínico é analisado e exposto como ilustração. Posteriormente, investigo a identificação projetiva como um tipo fundamental de identificação que estabelece o saber materno.

Palavras-chave: interações fantasmáticas; saber materno; *handling*; *holding*; *placement*; identificação projetiva.

ABSTRACT

This work deals with a psychoanalytical research project regarding a clinical case in a neonatal ICU. First, I present the facts about the clinical case for a better understanding by the reader. Afterwards, I approach the psychoanalytic method so as to emphasize the specificity of a clinical work in the transferential relationship established among the three (clinic, mother, and baby). Next, I investigate maternal knowing through the concepts of ‘primary maternal concern’, ‘the devoted mother’, and ‘the sufficiently good mother’. I develop the maternal *holding* and *handling* concepts and expand upon the *holding* and *placement* concepts linked to handling the clinical situation. In these three instances, the clinical material is analyzed and shown as an illustration. Finally, I investigate projective identification as a fundamental type of identification that establishes maternal knowing.

Key-words: phantasmatic interactions; maternal knowing; handling; holding; placement; projective identification.

INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu da prática clínica com as mães internadas na maternidade do Hospital Universitário de Brasília (HUB), no Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento da Criança de Alto Risco, ligado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Nesse programa, profissionais da psicologia investigam o risco do sofrimento psíquico das mães gestantes de alto risco e puérperas, acompanham-nas, escutando e intervindo na clínica psicológica *in loco*, seja no leito, seja na própria UTI neonatal.

Concomitantemente, no Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise do Instituto de Psicologia, pesquisas sobre o autismo são realizadas, o que me permitiu tecer construções a respeito da constituição psíquica do bebê e de seu cuidador num ambiente hospitalar. É nesse meio que surge a questão sobre um saber materno que se consolida na relação da mãe com seu bebê em contexto específico de UTI neonatal.

Com base nesse questionamento advindo da atividade clínica e teórica, foi-me possível viabilizar uma terceira fonte de estudos clínicos psicanalíticos na Associação Brasileira de Estudos sobre o Bebê (ABEBÊ). Essa associação promove um espaço ao grupo de estudo sobre os bebês utilizando o método psicanalítico de Esther Bick, que consiste na observação direta de bebês e, *a posteriori*, a produção do conhecimento fornecido pela elaboração do observado com os profissionais envolvidos na pesquisa do grupo.

Além dessas três fontes mais atuais que permitiram a execução desta pesquisa, há que se considerar, em curso, minha pregressa formação psicanalítica na instituição denominada Círculo Psicanalítico Mineiro (CPMG), onde foi despertado meu interesse para o estudo da infância, sobretudo, a relação mãe-bebê.

Com base nisso, ative-me a uma frase freudiana: “Só raramente um psicanalista se sente impelido a pesquisar o tema estética, mesmo quando por estética não só entende simplesmente a teoria da beleza, mas a teoria da qualidade do sentir”. (Freud, 1919, p. 237)

Inicialmente, fascinou-me a clínica com bebês e crianças, o que me motivou a inserir-me no curso de especialização de Aperfeiçoamento em Psicologia Clínica, realizado na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), instituição na qual graduei.

Justamente aqui que o “belo” colocado por Freud (1919) apresenta-se hoje transpassado e ampliado a uma outra categoria para além da estética das “formas” de minha prática clínica advindas com bebês e crianças. Como explicitado na frase freudiana, o estético em minha atividade profissional tem se configurado na qualidade do sentir do atendimento clínico em questão. Trata-se das sensações ou percepções advindas do contexto clínico que são plenamente vivenciadas no corpo, mas que, ao mesmo tempo, sustenta a construção de um saber teórico sobre o que nos atravessa “sensacionalmente” de modo invisível e irrepresentável.

Logo, esta dissertação justifica-se pela possibilidade de realização de uma pesquisa psicanalítica com base na construção de um caso clínico realizado em contexto de UTI neonatal na maternidade do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Para que a pesquisa se realizasse de forma ética, foram cumpridas todas as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS), dentre elas, especialmente, a apresentação do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE) ao paciente (Anexo I e II). Aqui faço uma observação da reformulação do título do projeto apresentado ao Comitê de Ética, justificado em seu aprimoramento.

Esta pesquisa encerra em si explorações psicanalíticas sobre o que se constitui como um saber materno com base nas relações entre a mãe e o bebê em contexto de UTI

neonatal. Como hipótese, veicula-se a possibilidade de apreensão do saber peculiarmente construído pela mãe em relação ao seu bebê.

Assim, meu objetivo com este estudo é analisar a constituição do saber materno na relação da mãe com seu bebê. Como objetivos específicos, procuro estabelecer uma metodologia baseada na "clínica da interação"; ampliar o conceito "preocupação materna primária"; desenvolver o conceito *holding*; apropriar-me do conceito *placement* como manejo possível na situação clínica em contexto de UTI neonatal; e investigar o conceito "identificação projetiva" como modelo especial de identificação na produção do saber materno. Para discutir os objetivos propostos utilizei um referencial teórico psicanalítico dos autores Melanie Klein, Donald Winnicott e Serge Lebovici.

Assim, para o desenvolvimento deste trabalho, proponho a seqüência dos capítulos.

No capítulo 1 apresento a construção do caso clínico a fim de permitir ao leitor o contato com o material clínico, para depois, nos capítulos posteriores, analisá-los.

No capítulo 2, traço um marco metodológico para situar a realização desta pesquisa. Com base nesse marco, adoto a "clínica da interação" de Lebovici, que considera uma relação transferencial a três (eu, mãe, bebê), da qual é possível estabelecer o conceito "interação fantasmática", para apreender o imaginário materno no fazer clínico.

No capítulo 3, a fundamentação teórica é essencialmente baseada em Winnicott. Exponho o que circunscreve saber materno, de modo a ressaltar conceitos como "preocupação materna primária", "mãe devotada comum" e "mãe suficientemente boa"; o *handling* e o *holding* maternos; e a concepção de manejo na situação clínica vinculada ao *holding* e ao *placement*. Nesses três momentos, ilustro o caso clínico analisado.

No capítulo 4, abordo Klein, para esclarecer um tipo fundamental de identificação que se estabelece no saber materno, a saber, a "identificação projetiva".

Por fim, nas considerações finais são retomadas as concepções pelas quais o saber materno se constituiu, bem como algumas especificidades produzidas em um contexto de UTI neonatal .

CAPÍTULO 1 – CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO

O caso clínico aqui tratado aborda a relação de uma mãe e seu bebê em contexto de internação hospitalar. Seu relato consiste na tentativa de situar a evolução do quadro, desde a internação da gestante, ao nascimento e ao pós-nascimento do bebê.

Primeiro, resalto a importância em contextualizar o ambiente onde se estabeleceram os contatos iniciais com a paciente, a qual designo aqui com o nome de "Rani" e seu bebê, "Guigo".

Início o atendimento clínico no Hospital Universitário de Brasília (HUB) em um programa em que a equipe de profissionais da psicologia investiga o risco do sofrimento psíquico das mães gestantes de alto risco e puérperas. Trata-se de uma prática clínica que implica o acompanhamento dessas mães, de modo a realizar a escuta e a intervenção *in loco*, seja no leito, seja na própria Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Tal acompanhamento caracteriza-se pela rotatividade e redistribuição dos integrantes da equipe, de maneira a resguardar a presença de, pelo menos, um dos profissionais nos quartos da maternidade do hospital.

Os leitos são separados de acordo com os quadros clínicos específicos das mães: puérperas de um lado do corredor; do outro, gestantes de alto risco e mães com bebês internados em UTIN. Com relação à última ala, que conta com três quartos, havia rumores a respeito da localidade e separação deles. O objetivo dessas mães consistia em mudar a localização do leito, dada a imperativa esperança e suposição de um *status* que configurariam o novo posicionamento delas. As falas remetidas umas as outras traçavam algumas expressões como: *A grande virada; Lá, virar mãe de verdade; Aqui, local de espera; Sair do mais escuro e ir para o mais claro; Ir para o lado da alegria.*

Especificamente, o quarto das mães com bebês internados em UTIN, ora encontrava-se inabitado, ora não. Fato é que a maternidade sob política de humanização ao atendimento perinatal fazia vigorar o regimento da norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – o “método canguru”, que, por sua vez, permitia a frequência das mães na unidade de internação junto a seus bebês. Lá, assistidas pelos técnicos, elas eram estimuladas a carregar seus bebês em decúbito prono, na posição vertical contra o peito, de modo a favorecer o contato pele a pele, o aleitamento e o fortalecimento do vínculo entre ambos. Outrora, quando não estavam nesta unidade, as mães permaneciam no quarto.

Esse local era mantido – opcionalmente por elas – sempre com a porta entreaberta ou fechada, de maneira a conservar pouca entrada de luz, tanto pelo corredor como pela janela. Tal conduta justificava-se pela necessidade de dormir, aliada à vulnerabilidade do sumiço de pertences. Ventilava-se pouco. As janelas semicerradas e a manutenção da persiana na posição entreaberta contribuíam, segundo elas, para o favorecimento de contenção de barulhos externos. Fisicamente, o quarto era o único que contava com decoração em papel de parede com motivos infantis, o que dava certa cor ao ambiente.

A impressão que se tinha era da presença de um colorido manipulado pela luminosidade permitida pelas mães. A ambigüidade de sentimentos apresentados nos relatos maternos retratava-se explicitamente no ambiente e no modo de arejamento daquele local: a prevalência de uma posição intermediária evidenciada pela disposição “semi” ou “entre” da porta, janela e persiana; denotava certa permissividade à entrada de um terceiro que pudesse colocar em diálogo conteúdos maternos relacionados ao nascimento do bebê.

O fato é que o ambiente me deixou apreensiva, não somente pela estranheza causada por pouca luz e ar, mas, também, pelo próprio posicionamento das mães em cada leito: quando deitadas na cama, mantinham o corpo e a cabeça semicobertos na maioria das vezes em que estive presente. Os membros corporais maternos (como braços, pernas e,

algumas vezes, a cabeça), estavam livres de qualquer forma de contenção ou proteção que seus cobertores e mantas lhe pudessem proporcionar. Ali, aqueles corpos configuravam um espaço particular e peculiar a cada leito que, delineados pelas próprias mães, a mim ressaltavam a possibilidade de algum tipo de intervenção.

Não escancararia a janela e a porta, tampouco acenderia a luz e ligaria o ventilador. Eu preservaria a característica de semi-abertura como meio favorável à realização de um trabalho clínico. Acolheria a singularidade da mãe, compreendendo-a e, ao mesmo tempo, compartilhando suas questões.

1.1 Primeiros encontros e configuração do *setting* terapêutico

Foi nesse contexto que meu primeiro contato com Rani ocorreu. Encontrava-se com as fotos de seu bebê na cama e dizia: *Olha só como era feinho e pequeno demais. Agora já está grandinho*. Guigo tinha dois meses de vida; o primeiro literalmente vivido na UTIN e o segundo já caracterizado por idas e vindas a esse local. Neste mesmo dia, contendo o bebê nos braços, comparava-o com suas fotos e ressaltava: *O que você acha dele? Ele é forte e agüenta tudo, não é mamãe? Está ficando com rostinho de bebê e já pegando peso*.

Tais fotos foram tiradas pela equipe médica durante o período bem próximo do pós-nascimento, sendo depois cedidas à mãe. Ela as guardava no armário, com um gorro e um par de sapatos feitos pela avó materna, que enviara depois do nascimento do bebê ao hospital. Consistiam nas primeiras peças de seu enxoval até aquela data, e ela as mantinha ora em cima da cama, ora em cima do armário ao lado, sempre de modo a visualizá-las e/ou tocá-las. Guigo ainda não as tinha usado por causa do tamanho dele; segundo a mãe “caberia até três” de seu bebê. Muitas vezes, no quarto, Rani encontrava-se silenciosa com os pertences do bebê

superpostos sobre o corpo (no peito, nos braços e na testa), quando outrora era extremamente falante com a única companheira de quarto.

Ambas, no quarto, sempre falavam a respeito da gravidade do estado de seus bebês e de questões pessoais. Ficavam em alerta com a minha entrada e diziam esperar-me para contar sobre os bebês. A tentativa de um contato mais individualizado logo era interrompido ou completado pela fala da outra. Notório que as duas compartilhavam seus conteúdos ambivalentes em relação aos seus bebês, contudo havia sempre comparações entre os estados clínicos deles, colocando em questão qual era mais favorecido ou não em relação à alta médica.

Meu contato com Rani e a amiga parecia consistir num momento mais prazeroso, em que *as novidades* (maneira como nomeavam) eram expostas, a saber, condutas e procedimentos dos médicos constantemente avaliados por elas e notícias de acontecimentos internos (nascimento e morte de bebês). Contudo, nos dias e horários previstos, minha presença era constante.

O bebê da amiga de Rani tinha complicações cardíacas e baixo peso como o dela. No entanto, Guigo ainda estava passando por avaliações para a consideração do diagnóstico a respeito de uma síndrome não especificada. No prontuário, o quadro clínico do bebê matinha-o na categoria de peso muito baixo, portador de hidrocefalia (que foi questionada posteriormente), má-formação (rotação do joelho, pernas horizontalizadas e fenda palatina), displasia congênita, hipotireoidismo congênito, hipoglicemia, doença do refluxo gastroesofágico.

Rani, ao falar sobre seu bebê, equipara-o ao da amiga, enumerando a necessidade de ganho de peso e regularização dos batimentos cardíacos para tudo ficar bem. Explica como isto acontecerá em termos médicos, ressaltando que a não-descoberta da fenda palatina durante o primeiro mês de vida contribuiu para o atraso do desenvolvimento de Guigo:

O médico descobriu o buraco na boca dele quase um mês depois. Na unidade de internação, eu via ele ser alimentado e voltar tudo pelo nariz; era horrível. Quando podia pegá-lo, conferi a sua boca e vi que tinha algo estranho lá em cima. Diziam que era assim mesmo porque era prematuro. Não ganhava, perdia peso... Foi passando mal demais. Outro médico examinou e disse que tinha o buraco mesmo. Eu sabia e não me escutaram.

Esse episódio é rememorado por Rani de modo abrupto, chegando a interromper sua fala por iniciação de um choro baixo, acabado em fúria: afirma que o sofrimento de Guigo poderia ter sido evitado se a equipe estivesse acreditado nela, pois sempre estava por perto dele, de modo a saber tudo o que acontecia. Rani fez uma pausa e retomou: *Com isto ele sofreu muito. Pelo menos agora não perderá mais peso e tudo pode regularizar.*

A alta do bebê da amiga concretiza-se. Rani expõe sua solidão e a saudade da amiga. Confirma que ficará *mais um pouco* até a melhora do filho. Promete a si mesma que não se envolveria com ninguém lá dentro da maternidade, para não sofrer. Ela argumenta que era difícil ver as mães indo para casa com seus bebês, e ela, ao contrário, continuar a ficar internada com Guigo. Em minhas visitas, muitas vezes ela disse que iria dormir, outras vezes me chamava para ver seu bebê.

Durante aproximadamente dois meses, relatou-me tudo sobre o quadro clínico dele: convulsões, paradas cardíacas, perda de peso, baixa glicêmica. Contextualizou todos os procedimentos médicos realizados, os exames requeridos; explicou minuciosamente a utilização de medicamentos, bem como a ingestão da dieta alimentar do bebê – ressalta os horários e a frequência. Relatou que sempre estava atenta a qualquer conduta realizada com o bebê, a fim de apreender a explicação do profissional ou questionar a real necessidade dele. Segundo ela, *tem medicamento para tudo com funções diferentes; muitos deles não adiantam nada. Por isso pergunto sempre! Até mesmo, para lembrar algumas enfermeiras do que já foi feito.*

Assim, meu contato com Rani não se restringiu somente ao leito com *as notícias* comunicadas agora só por ela. Com a permissão dos profissionais da UTIN, passei a

acompanhá-la em alguns momentos da dieta do bebê em que a mãe fazia questão de preparar a troca do recipiente da solução, bem como segurar seu bebê confortavelmente no colo. Dizia para mim: *Vamos lá ele está com fome, eu tenho que dar para ele comida.* Naquele local, sentada na cadeira com seu bebê, regulando a entrada do leite na sonda e verificando uma melhor posição para ambos, Rani exibe seu manejo habilidoso e cuidadoso. Confesso que parece nada simples: segura o bebê com seu braço esquerdo, mantendo sua mão direita livre para arrastar o equipamento que contém a dieta. Ela aponta: *Olha, já estou acostumada. Não é difícil (sorri). Fico aqui tempos. Ele adora!*

Essa era a primeira vez que a mãe relatara sobre seu bebê sem ressaltar o quadro clínico dele. Rani revelou as posições preferidas pelo bebê, o tipo de carinho de que ele mais gostava e a maneira como ambos brincavam no momento da alimentação. Ela descobrira, em especial, uma brincadeira que fizera questão de demonstrar, que consistia na seqüência de manobras assim realizadas por Rani: olhar para o canal da sonda e balançá-la ligeiramente, mudar a entonação da voz e aproximar-se do rosto dele, apertando calorosamente os braços do bebê. Uma vez realizada a demonstração materna, notória era a existência do sorriso e do olhar de Guigo atento à mãe, parecendo satisfazer-se prazerosamente na presença dela.

Depois desse encontro, Rani passou a falar sobre seus manejos com o filho: quando ela pode pegá-lo para utilização do “método canguru”, preferencialmente requerido por ela no quarto em que dormia (nota-se que o quarto encontrava-se mais ventilado e claro, sem maiores preocupações de mantê-lo semicerrado); e a maneira como gostava de carregá-lo (com o posicionamento horizontal das pernas do bebê, ela carregava-o no sentido em que as costas dele ia ao encontro do peito da mãe, que transpassava-lhe o braço até sua mão tocar-lhe a região do bumbum).

A forma como era carregado o bebê pela mãe sempre direcionava-o à visão de outra pessoa. Desse modo, os comentários adversos e o estranhamento de algumas mães a

respeito do tamanho de Guigo faziam com que Rani se opusesse a qualquer contato com elas. Nota-se, ainda, que ela mantinha sempre as pernas do bebê envolvidas por uma manta.

Por questões internas da maternidade, Guigo excedera o tempo concedido de internação na UTIN. Havia duas opções: transferência para uma outra instituição hospitalar ou para a enfermaria pediátrica do próprio hospital HUB, que se situava no andar de cima. Rani resistiu e se sentiu expulsa. Manteve-se silenciosa e demonstrou sua revolta em relação a todos os profissionais, até mesmo aqueles que elegia categoricamente como os melhores. Note-se que estes últimos, são aqueles que a deixam a falar, questionar sobre os procedimentos, mas que, volta e meia, sempre estão por perto dela, dispensando-lhe cuidados ao examiná-la e a escutá-la em relação ao bebê. Sentiu-se injustiçada e demonstrou resistência, questionando-me: *E agora, você fica aqui e não vai me ver mais ou sobe?.* Respondendo-lhe, sorrindo: *Estou com você aqui na maternidade; também há questões institucionais que devemos considerar.*

De acordo com a decisão consensual da equipe de profissionais da psicologia, continuo a manter o acompanhamento do caso, uma vez que estive mais próxima a ela na maternidade. Em reunião, descobriu-se que com os outros profissionais ela mantinha um vínculo de amizade, chamava-os para jogar, discutir leituras de revistas ou acompanhá-la em uma volta ao hospital. A coordenação de psicologia do hospital permitiu-me, também, entrar na enfermaria pediátrica. Assim, passei a “subir as escadas”, como Rani dizia.

Ao que parecia, Rani e eu estávamos iniciando a configuração de um *setting* terapêutico. Na minha primeira presença na enfermaria, ela não estava, e o bebê encontrava-se aos cuidados da enfermeira, a qual portava um recado de Rani de que eu a encontrasse lá embaixo. Portanto, desci e a encontrei no corredor. Ela ressaltou: *Fiquei com receio de não me achar nos quartos. Lá são muitos e poderia não me encontrar.* Solicitei-lhe, então, que subamos para que me apresente o novo local.

Assim, Rani falou sobre a equipe médica que a recebera com receptividade. Contudo, estava saudosa do que vivenciou com as amigadas de alguns profissionais, o que não a impediria de ir até lá e fazer algumas visitas. Logo me mostrou o quarto e a disposição dos móveis. Ressaltava que agora Guigo dormia na cama infantil, e não no berço. Segundo ela, seu bebê estava crescendo e melhorando; o quadro dele era estável, mas não permitia alta. Contudo, Rani acreditava no retorno à sua casa para que Guigo pudesse conhecer as duas irmãs dele.

Perguntei a respeito das irmãs. Ela retirou de seus documentos, pela primeira vez, um álbum de fotos do aniversário das gêmeas e ressaltou: *São muito parecidas, mas eu reconheço a diferença entre elas*. Nesse encontro, relatou que sua mãe nunca mais a visitara depois do nascimento do filho. Quanto às filhas, desde a internação mantinha contato unicamente pelo telefone.

No encontro posterior, na cabaceira da cama de Guigo havia uma foto das irmãs. Perguntei-lhe sobre a novidade, e ela me respondeu: *É para ele conhecer as irmãs e ao mesmo tempo não sentir que as deixei. Assim fica mais fácil, quando voltar*. Essa foi a fala de Rani, que logo mudou logo o foco do assunto para comunicados clínicos de Guigo sobre as quedas na glicemia e possíveis convulsões.

Contudo, o quinto para o sexto mês de vida do bebê caracterizou-se como uma das melhores fases para Rani: apesar do quadro hipoglicêmico do bebê, que retinha toda sua habilidade materna de observação do comportamento e controle tátil de temperatura, insistia constantemente na alta, nem que fosse em um restrito final de semana.

Rani conservava seu ambiente mais claro e fresco, justificando que Guigo adorava olhar pela janela e ver a árvore balançar. Na cama do bebê, ela fixou um móvel musical, bem como o adornou com bichos de pelúcia. Segundo ela, percebendo que Guigo gostava de música, pediu emprestado um aparelho de som a uma das enfermeiras amigas para tocar CDs

de músicas infantis. Muitas vezes, aliava a música ao reconto de histórias do livreto. Rani compunha esse ambiente com cores e sons. Segundo ela, mantinha tudo aquilo de que seu bebê gostava: os brinquedos, as cores, a música predileta, a maneira como gostava de dormir e as roupas, meias e bonés que ele preferia. Ela dizia: *Eu pareço mais um brinquedo na cama. Sou o rapazinho da mamãe.* As conversas de Rani com o seu bebê intensificaram-se muito. Ele aprendeu por imitação, a fazer biquinho e bolinhas de saliva com a boca, o que se tornava ponto de atração para a mãe e para outros profissionais que a acompanhava.

Também foi nesse período que houve licença médica que permitiu a ida dos dois para casa. Todo aparato (medicamentos, dietas, sondas e aparelhos) foi providenciado para o bebê, bem como a conscientização da mãe dos riscos iminentes. Guigo foi apresentado à família (irmã, irmão e avó materna). Ficou um final de semana conforme o estipulado, mas o retorno aconteceu horas antes, por causa de mais um dos quadros convulsivos do bebê.

Entretanto, ao retornar e começar a posicionar seus pertences no quarto, ela disse: *Parece que ele ficou com saudade e quis voltar; como sempre disse a você, é só parecer que vai tudo melhorar que ele desconfia e quer ficar.* Rani, muitas vezes, nas estabilizações do quadro de Guigo e posteriores bruscas recaídas, justificava ser vontade dele permanecer no hospital por mais tempo. No entanto, Rani gratificava-se com a primeira licença do filho.

De entrada para sétimo mês, em razão do quadro clínico foi necessário recorrer a uma bateria de exames para a realização do procedimento cirúrgico denominado gastrostomia.

Enquanto se esperava o resultado da avaliação anterior, uma reavaliação neurológica foi solicitada em razão de um tênue crescimento de um dos lados da cabeça de Guigo. Dois resultados possíveis por médicos diferentes: o primeiro referia-se a pequenos cistos cerebrais que caracterizam o mapeamento de cérebro e o segundo, a um constante posicionamento do bebê em uma a só posição no leito.

Rani relata-me a respeito da primeira avaliação:

Descobriram que meu filho tem uma borboleta no cérebro (sorri)? Já ouviu falar em cérebro em forma de borboleta? Parece uma borboleta devido aos cistos que ele tem, mas que não se desenvolve porque estão controlados. Só que a cabeça dele vem aumentando um pouco, nota (sinaliza o local e passo a perceber)! Aumenta só de um lado.

Quanto à segunda avaliação, ressalta:

Esse aí não sabe nada. Mas é melhor assim, menos pior não é? (sorri e pega Guigo no colo). Meu filho é uma caixinha de surpresa mesmo. A cada momento descobrem uma coisa diferente. Estou começando a ficar irritada. Melhora um piora outro, e assim vai. Estou cansada!

Esse relato se prolonga:

Me perguntam o que ele tem mãe! É mais fácil me perguntar o que eu não tenho, minha mãe! (olha para o bebê e os dois sorriem) O que meu bebê não tem! (nota-se que, de início, a mãe ficara raivosa, depois manifesta-se sorridente para seu bebê).

Direcionada ainda para o filho:

É mais fácil perguntar o que meu bebê não tem, pois ele tem quase tudo! E estou aqui com você, não é mamãe, do meu jeito! Eles não sabem de nada! Sempre é um aqui e outro ali, descobre, descobre e não descobre-se o que ele tem de verdade, sei lá o que é.

Nesta passagem, mais uma vez, Rani falava com o filho, agradando-lhe com a entonação da voz e do balanço do colo dela.

Aliada à questão cerebral, nos dois dias posteriores houve os resultados da avaliação genética e ortopédica. Trata-se de um caso de má-formação genética, em que os joelhos são rotados, o que faz com as pernas da criança fiquem em posição horizontal. Ainda, não havia algumas articulações à altura dos joelhos e veias apresentavam-se em posições invertidas. Segundo avaliações, a previsão cirúrgica futura seria para o segundo ano de vida.

Quanto à Rani, a posição das pernas não a incomoda, contudo ela deseja que o filho se assente para que possa brincar ainda que numa cadeira de roda. *Eu já sei que é muito*

difícil dele andar. Já me falaram. Mas quero que ele possa ficar na cadeira para brincar como as outras crianças. Você já viu ele brincando, não é!

Retomada as avaliações gastroesofágicas, procede-se uma intervenção cirúrgica. De início, a cirurgia não teve rejeição, contudo houve necessidade de um segundo procedimento em decorrência de uma infecção local. Rani culpa os procedimentos do médico cirurgião e consente a segunda tentativa. Êxito! O tempo seria de recuperação. Rani estava muito tensa e passou a não dormir por causa de sua atenção redobrada para com Guigo, bem como pelo barulho dos aparelhos instalados no quarto em caso de emergência.

Retirou, também, os brinquedos e enfeites; segundo ela, sob recomendações médicas, há muito tempo solicitadas. Mantinha a porta e a janela parcialmente abertas. Dizia que a claridade passara novamente a irritar-lhe a visão.

O bebê passou a ter convulsões com frequência e a manter quadros hipoglicêmicos. Os procedimentos médicos eram as disseções de veias para que a medicação pudesse ser controlada. Guigo apresentava-se bem marcado pelos procedimentos. Rani passou enumerar as marcas no corpo dele, sinalizando-as para mim (pé, mão, orelha e várias partes da cabeça, incluindo um dos lados do pescoço). Havia apenas duas regiões distintas em que a mãe apontou a não-dissecção: um dos lados do pescoço e um dos braços.

Rani me disse: *Você sabia que não tem mais nenhum lugar para fazer disseção em Guigo, com exceção de dois. Ainda bem que desta vez foi possível num dos lados do pescoço. Fico aliviada.* Aliado a este relato, ela configura o quadro de Guigo a respeito das baixas de glicemia, explicando-me detalhadamente como funciona:

Resumido, é com se fosse ficando cada vez mais fraco, desde o coração até suas veias. Furos, agulhadas e fica todo roxo... Por isso coloco o boné para não ficar aparecendo muito e não encostar em nada. A meia tem que ser bem colorida do jeito que ele gosta; ela protege o pé que vive furado.

Posteriormente, resgata a condição da “caixinha de surpresa” ressaltada pelo quadro:

Sabe, ele fica cada vez mais fraco, vai perdendo algumas coisas cerebrais de tanta hipo, não agüenta e convulsiona. Mas depois melhora. Pode voltar a qualquer hora. Eu tenho medo é de parada cardíaca! Mas ele agüenta tudo (fixa seu olhar em Guigo). É o meu pacote. Pacote cheiroso: é pequeno, mas forte e resistente (levanta o bebê em meus braços).

Observei que todas as disseções procedidas no bebê eram acompanhadas por Rani de maneira bem desgastante. Sempre abordava as “furadas”, manifestando detestar tudo que viesse perfurar ou cortar seu bebê. Contudo, não se poupou em descrever, passo a passo, as maneiras de realização de cada procedimento acompanhado por ela.

O quadro do bebê cronificou-se e, com isso, surgiu a possibilidade de transferi-lo para outro hospital. Rani desesperou-se e entrou em crise: gritou e fechou a porta do quarto. Nesse dia, fui chamada pela equipe e mantive-me ao lado da cama de Rani por um bom tempo. Depois de horas, ela descobriu seu rosto, que manteve o tempo todo coberto, e disse: *Estou cansada*. Chorou ainda mais, só que com a cabeça destampada e próxima ao meu colo; deu-me a mão. Rani repete várias vezes o sentimento de cansaço, da iminência do que podia ou não podia acontecer, dizendo: *Tudo é surpresa*. Contudo, estava certa de que se mantivesse o seu estado de desespero Guigo sentiria a sua tristeza, o que podia piorar-lhe o quadro:

Quanto mais fico assim, mais ele sente e piora. Não tenho vontade de fazer mais nada aqui. Só de levá-lo daqui para a casa novamente, mas não pra outro hospital. Preciso ir embora com ele e cuidar também de minhas filhas. Já abandonei elas por duas vezes. Tenho que retomar o meu trabalho e estudo, porque não sei o que acontecerá. Também não posso deixá-lo aqui. Ele tem que ir comigo depois de sua melhora.

Procedimentos de tratamentos intensivos são realizados na própria enfermaria, se a equipe decidir não transferir o bebê. Nessa semana, Guigo quando acordado, fazia um baixo

grunhido, não correspondendo ao olhar da mãe em momento algum. Contudo, ela manteve-se lá, e agora, dificilmente, é vista nos corredores. No quarto, mantinha-se silenciosa e chorosa. Evitava o contato com a equipe, muitas vezes de maneira revoltada. Rani, que sempre havia elegido alguns profissionais de sua preferência para a confiabilidade de prognósticos do bebê, passou a ignorá-los.

Muitos não procuram entender o que se passa, apesar de eu gostar muito deles. Perguntam como está hoje, é isto e aquilo! Ficam falando o que é. Não entendem que sou eu e meu filho. [...] Outros como você são poucos. Não gosto de ser assim, triste. Prometi a mim mesma que seria feliz, cheia de sorrisos depois das coisas que aconteceram comigo. Depois que Guigo nasceu é que fui ser feliz. [...] Ele não pode ficar assim deste jeito, penso que ele pode ser feliz em outro lugar se é difícil ele ficar aqui.

Pretendo saber a respeito dessas “coisas” citadas por Rani. Ela não se recusa em falar e inicia a exposição de sua história pessoal.

1.2 Início do relato da história pessoal

Com o retorno das constantes convulsões e subseqüentes quadros hipoglicêmicos há uma intensidade de relatos de conteúdos pessoais jamais abordados por Rani. Esses conteúdos referem-se desde sua constituição familiar, infância e adolescência.

Rani retrata a família composta por cinco integrantes: pai, mãe, irmão (27 anos), ela (24 anos) e irmã (20 anos). O pai separou-se da mãe algum tempo depois do nascimento da irmã, mudando-se para outro Estado, tendo como companhia o filho. Rani e sua irmã ficaram sob cuidados maternos. Posteriormente, Rani passou a morar na creche aos três anos de idade, permanecendo por lá até completar cinco anos. O fato foi tão marcante para Rani que ela era capaz de lembrar claramente (contrariamente à menção a outras datas) a idade do acontecimento, de modo a questionar e contestar a escolha da mãe pela irmã:

Sei que aos três passei a praticamente morar creche. Depois dos cinco só estudava lá voltava para casa. Porque minha mãe escolheu minha irmã? Minha mágoa também é essa! Eu precisava dela! Tudo bem que meu pai ficou com meu irmão, porque ele era homem também. Mas minha mãe. Não tenho desculpas para ela!

Pergunto quais seriam os outros motivos para se sentir magoada com a mãe.

Nesse momento, Rani relutou em falar e chorou muito, afirmando sua necessidade de desabafar.

Eu preciso falar sobre isto agora. Isto está me matando. Sempre foi terrível, mas agora é mais! Sou mãe e não entendo por que ela sabia e não fez nada de verdade para impedir. Eu não perdôo ela por isso! Ela escolheu minha irmã para ficar, tudo bem! Mas isso ela viu depois de vezes que aconteceram e fez nada! Medo de perder o homem dela que apronta! Não entendo! Escolheu ele!

O relato de Rani confirma os abusos sexuais, incluindo três cenas de violação realizadas pelo companheiro da mãe. Segundo ela, o primeiro aconteceu aos 5 anos, o segundo aos 9 e o terceiro ao completar 12 anos de idade. Quanto ao segundo, relata que sua mãe chegara a flagrar a cena no banheiro. Lembrou que sua mãe gritou, pegou-a nos braços e logo depois bateu muito nela.

Para Rani, era necessário falar desse fato, pois tinha duas filhas com a idade de 4 de anos na casa materna, que estavam, muitas vezes, na presença do mesmo companheiro da mãe. Relembrou que em certa ocasião em que esteve lá para pegar suas roupas e retornar ao hospital, encontrou suas filhas no colo dele. Imediatamente, tomou-as nos braços e repetiu a cena materna – grito acrescido de surra.

Rani manifestou desespero até então nunca demonstrado. Estava transtornada e desejava ir embora acompanhada pelo filho.

Era a primeira vez que manifestava sua vontade de estar com as filhas, bem como de protegê-las de acontecimentos que pudera prever de alguma forma. Logo, solicitei-lhe que falasse um pouco sobre as filhas e a origem delas. Rani contextualizou a história de seu casamento e sua vida conjugal.

Relatou que havia se casado mais para sair de casa, pois vivia com medo e sempre tendo de ficar atenta a tudo. Ao completar 15 anos, conheceu um rapaz de 22 anos de idade com o qual se casara. Segundo Rani, ele apaixonara-se por ela e, então, casaram-se. Frisou que sempre teve “dificuldades” com o ato sexual, fato que sempre fora respeitado pelo marido, que não sabia do ocorrido na infância. Com o passar do tempo, seu marido, sem compreender por que ela evitava a relação sexual, acabou se interessando por outras mulheres. Ela não o culpou.

Rani engravidou aos 19 anos e concebeu duas filhas gêmeas, as quais têm 4 anos de idade. Esse fato é motivo de reconciliação e fortificação da união do casal. Segundo ela, o pai é excelente para as filhas e para ela também. Mantém uma postura de provedor e é muito atencioso.

Logo depois de um ano, Rani engravidou novamente. Contudo, sua gravidez configurou-se como de alto risco. A partir dos três meses de gestação, manteve-se internada no hospital até o nono mês: *Passsei a morar no hospital, foram seis meses lá: ia para a casa de vez em quando.*

Nessa internação, participava de oficinas de mães oferecida pelo hospital. Segundo ela, era uma forma de passar o tempo e aliviar seu mal-estar: *Eu era muito fechada. Não era como hoje que converso com todos. Não sorria quase nada. Fiquei lá fazendo bonecas e conversei um pouco com as colegas.*

O bebê nascera ao completar o nono mês. Segundo Rani, nasceu de *uma hora para outra*, sem a presença da equipe: *Depois que avisei que não segurava mais, ela foi pulando para fora e a equipe teve que correr.*

O bebê era uma menina, que já tinha seu nome definido pela mãe. Ao nascer, fora tomada pela equipe médica e distanciada rapidamente da mãe. Sobreviveu um dia, restando a lembrança: *“Eu a vi nos braços do médico. A cabeça dela era muito mole e parecia que ia escorrer pela mão dele. Mas ela ainda abriu o olhos para mim. Chorei muito!”*

Ainda internada, a notícia de óbito foi noticiada somente ao pai, que acompanhara a gestação de Rani: hidrocefalia associada a parada cardíaca. Rani relatou essa conduta médica como um grande absurdo, requerendo o direito de saber o que se passara. O pronunciamento do óbito foi lhe revelado pelo marido. Ela foi atrás da equipe, mesmo internada. O fato é que não acreditava que poderia ser uma hidrocefalia como consta o óbito, mas, sim, o não-desenvolvimento da caixa craniana associado a parada cardíaca. Rani, ainda internada, não participou das exéquias da filha (relata este fato com muita dor e de maneira confusa).

Rani ressaltou: *Não era hidrocefalia igual à de Guigo. Ele tem uma diferença pequena no tamanho da cabeça. A dela era diferente; era grande e parecia escorrer um pouco.* De qualquer maneira, fantasias dessa gestação foram associadas ao contexto da vida do filho, a começar pelas suposições do quadro de hidrocefalia, bem como o sofrimento e temores advindos de cada parada cardíaca que acometera seu bebê.

Ao sair da internação, a equipe médica pronunciou que medidas preventivas fossem constantemente mantidas pelo casal até que a possibilidade cirúrgica de ligadura de trompas ocorresse. O fato era que Rani não deveria engravidar mais, em decorrência do seu quadro clínico, que ela justifica como “útero infantil”.

O casal acatou a solicitação médica. Tempos depois há separação, contudo, o papel provedor do ex-marido foi conciliado. Ainda muito triste, Rani passou trabalhar em casa de família e suas filhas ficaram com uma cuidadora escolhida e mantida por ela.

Rani passou a namorar um rapaz da idade dela. Segundo ela, não gostava dele, mas queria tentar fazer diferente do primeiro casamento. Ela mudou-se de casa com as filhas, e os quatro passaram a morar juntos. Logo, o parceiro demonstrou atitudes agressivas. Eles separaram-se e entre idas e vindas, engravidou-se.

Mediante relatos de reencontros, Rani situou, em algumas passagens, agressões vivenciadas desde o ato da concepção até a gestação da criança.

Sabe fiquei grávida sabendo que eu não podia. Não era para eu ter tido Guigo; os médicos me avisaram. Pensei que não poderia ter mais filho e que eu não iria engravidar, e aí descuidei do remédio. Mas Guigo nasceu praticamente de uma daquelas coisas que aconteceu comigo, sabe? Ele me pegou depois que encontrei com minha amiga. Me forçou e segurou forte. Gritei muito e queria sair, mas não consegui!

Com esse relato, ela concluiu que foi desse ato que ficara grávida, pois já não tinha mais nenhum contato sexual com ele. Tinha dúvida de que se foi por esse fato que seu filho nascera portador de síndrome:

Muitas vezes penso que só por isso que ele veio assim para mim deste jeito. Eu nem queria ter tido ele. Daí para frente, quando ele nasceu, resolvi a ser feliz e sorri. Quem sabe ele veio para provar ou mostrar para mim alguma coisa?

Posteriormente, disse: *Ele sobreviveu a tudo e até pancadas do pai em minha barriga. Aí está ! É o filhote da mãe, é o filhote que tenho!* (Neste momento, ela olhou para o bebê, acariciou-o e sorriu). Vale ressaltar que, em outro momento, Rani relatou, de modo tímido e confuso, a respeito da gestação de Guigo: ele nascera com 35 semanas de parto normal. Segundo ela, era como se não tivesse grávida, *como se ele não estivesse ali*. Antes do

nascimento do bebê, ficou internada um dia em local onde já havia se hospitalizado anteriormente. Depois a transferiram para outro (hospital em questão), onde avaliavam o quadro clínico da gestante: insuficiência placentária, bebê em sofrimento fetal, com remota possibilidade de sobrevivência.

Rani passou a inserir conteúdos a respeito do pai do bebê, considerando-o nessa função até o terceiro mês de vida do filho. Ela abordou que nas visitas iniciais dele ao berçário comentava: *Esse aí não é o meu filho; Esse aí só tem problema; Não é possível que até agora não deram um jeito nas pernas deste menino.* Contudo, mantinha a visita semanalmente. No berçário, o pai segurara Guigo algumas vezes, até que Rani não deixasse mais, pois ela dispensara os comentários dele. Ele acatou, restringindo sua visita ao quarto onde Rani ficava, com o objetivo de pegar e levar as roupas dela e do bebê. Com a mudança para a enfermaria pediátrica, ele continuava mantendo sua função, só que bastava o olhar de Rani para ele localizar a sacola com os pertences e, logo em seguida, retirar-se. Segundo ela, até conversava com ele, agora diz não suportá-lo. Por algum tempo, o pai do bebê desempenhou rotineiramente a função delegada por Rani, contudo ela o substituiu por uma funcionária do hospital, vizinha de sua mãe, que se encarregaria de levar a sacola. O pai foi dispensado, contudo mantém contato esporádico com ele por telefone. Esse contato é sempre justificado por ela pela necessidade de medicações ou aparelhos que precisavam ser comprados para Guigo. O pai, desse modo, efetua depósitos bancários com valores totais ou parciais das compras que Rani faz.

É importante situar a presença de um estagiário do sexo masculino, cuja mãe mantinha uma relação de amizade muito próxima com Rani, que o chamava de “pai de Guigo.” Ambos fizeram tamanha amizade, que o papel de estagiário perdera a função, e ele passou a ser chamado de “padrinho” do bebê. Realmente, ao “pai padrinho” foram designados: momentos de passeios (quando permitidos) pelos corredores do hospital; colo,

com direito a embaladas mais altas; sorrisos, gargalhadas e olhares em condição de expressões faciais que animavam o bebê; manutenção de coleção de bonecos que vinham a enfeitar a prateleira de Guigo; e até mesmo a repreensão verbalizada, de modo lúdico, para que ele melhorasse.

Esse “pai padrinho” passou, também, a compartilhar os momentos de desespero materno em relação às crises do bebê e, como não poderia ser diferente, alguns momentos de fúria dela em relação a ele, por ir contra a vontade dela de sair do hospital de modo negligente como vinha se propondo fazer.

1.3 Meses próximos e prósperos

Retomando o sétimo mês de Guigo, Rani exigiu o retorno a sua casa juntamente com Guigo. Embora recuperado da última crise, não havia possibilidade de Guigo ir com a mãe. Aliás, nem as voltas que davam com ele nos corredores foram permitidas. Rani estava em "crise" – assim nomeado pela equipe – no dia de comemoração da festa junina na enfermaria. Na presença da enfermeira, encontrava-se totalmente coberta e de portas fechadas. Rani começou a gritar e a puxar seus cabelos. A enfermeira solicitou minha presença. Fui e me mantive sentada. Rani soluçou e arrumou os cabelos. Disse que não queria saber de festa. Também disse que decidira ligar para casa e pedir sua mãe que mantivesse as duas netas na creche durante o dia inteiro. Pediria ao pai das meninas que ficasse com elas todos os finais de semana. Contudo precisava ir para casa para que pudesse fazer isso. Não iria sem Guigo.

Mesmo sabendo da impossibilidade de o filho ir para casa, inúmeras vezes compreendida por Rani, agora estava determinada a levá-lo. Segundo ela, não poderia deixá-

lo lá. O estado de fúria ocorreu na minha presença e na do bebê. Quando outro profissional entrava no quarto, ela cobria a cabeça e chorava. Ela já havia me dito quais as três enfermeiras que poderiam ficar com Guigo. Elegeu uma delas, com qual passou e repassou todas as recomendações, marcando até mesmo o dia de sua saída. A equipe motivava-a. Perguntou-me o que eu achava e, não esperando resposta, disse: *Já está tudo preparado. Como chego lá mesmo?* Torna-se claro que a questão não era somente deixar Guigo sob cuidados diferentes. O que estava em jogo era a localização da casa materna que lhe parecia difícil de situar. Situar no sentido de poder prever o que lá poder encontrar. Como estaria a casa materna com suas filhas lá dentro? Já da primeira vez em que Guigo e ela foram juntos, já não se sentia muito bem (não sabia onde ficava e foi difícil as filhas se aproximarem). Segundo ela, não foi como pensara. Como agora chegar lá sem Guigo? Onde deveria ficar?

Então, disse-me: *Até parece que você sabe. Eu sei, sim, como chega lá. Só que sei que todos vão perguntar a respeito dele. Mas queria conversar com os meus amigos de lá. Será que vai dar certo?*

No dia anterior ao combinado, comunicou-me sua preferência em ficar com seu filho e que o esperaria. Contudo, ligaria para seu amigo mais próximo para que viesse vê-la, bem como se encarregar de tomar as providências em relação a suas filhas. Continuaría manter contato por telefone.

Ao completar os oito meses, decidi, ouvindo a opinião de uma amiga, que queria batizar Guigo na igreja ao lado do hospital. Como o padrinho já havia sido escolhido, a amiga seria o par dele. O batismo foi realizado na presença de alguns profissionais da equipe que se mantinham munidos de medicamento e aparelhos, caso precisasse. Ainda que comunicada a cerimônia à família e ao amigo, eles não compareceram. Rani narrou esse fato contrariada, mas justificou: *Sei que são de outra religião, mas tudo é a mesma coisa. Mas acho que eles não puderam ir por causa da distância.*

A cerimônia de batismo de Guigo foi de grande importância para Rani. Precisaria de tempos prósperos e abençoados, pois ele vinha sofrendo muito. Agora tinha certeza de que ele ia *para um bom lugar de alma limpa*. Ficou mais tranqüila. Além disso, falou sobre a presença dos convidados: *Pedi para te falarem de última hora porque pensei que não viria. Fiquei muito feliz com a sua presença*. Esse comentário ficou em suspenso para mim. Questionei se deveria ter ido. No entanto, acreditei na importância desse convite (recebido por uma mensagem de celular de um dos profissionais) tanto para ela como para mim.

O quadro de Guigo estabilizou-se novamente no final do oitavo mês. Aparelhos foram retirados aos poucos, de acordo com a necessidade dele. Rani, voltou com os livros e CDs para a prateleira. Segundo ela, precisava de um aparelho de som, mas teve dúvida se não perturbaria Guigo. Também expôs sua coleção de bonecos, além de um livro bíblico nunca exposto, que encontrou entre os objetos do bebê. Disse que sempre lia, mas que agora deixara o livro em cima da prateleira perto das coisas dele. Notei, também, que os brinquedos que eram dispostos na cama com a foto das irmãs não voltaram para o lugar.

Rani manteve-se mais serena junto a Guigo. Na verdade, ficou claro para a equipe médica que Rani poderá ter licença quando alguma enfermeira de plantão se dispusesse a ficar com seu bebê. Essa situação nunca fora impossível, pois Rani contava com as três “companheiras” confiáveis.

Em razão de questões institucionais, ensejo a finalização do atendimento à Rani. Foi bastante difícil para mim essa comunicação realizada um mês antes de minha saída. Propositadamente, após o comunicado, confirmei minha frequência nos dias confirmados. Rani disse: *“Ah não, eu disse que não faria amizade com mais ninguém. É sempre assim, e eu vou ficando por aqui.”*

Nesse dia, senti muita culpa por não poder continuar a acompanhá-la. Era como se eu tivesse feito algo de errado e que tivesse repetido o que alguns profissionais fizeram, além

de ter tido a sensação de ter infiltrado na promessa realizada de sua antiga amiga do berçário. Questionei-me: Seria eu amiga dela? De imediato, tive a lembrança de uma passagem que estranhei. Relembrei quão adverso fora a forma de recebimento do convite do batizado de Guigo. Logo vi que faria algum sentido. Realmente, as pessoas de quem mais gostava no hospital estavam lá, contudo, ao chegar, ela surpreendeu-se com minha presença. A surpresa e as palavras ditas por Rani em minha presença enunciaram o meu lugar na configuração do atendimento clínico: ponto de apoio receptivo às “surpresas” e “estranhezas” advindas de palavras, olhares e gestos maternos que é capaz de fazer circular a angústia.

Depois, confirmei minha suposição rememorando os vários momentos em que abordava sobre realização do aniversário de 1 ano de Guigo a ser comemorado lá no hospital. Muitas vezes ela citava os nomes da lista, cuja maioria tratava-se de profissionais do hospital. Eu me mantinha lá, ainda que muitas vezes silenciosa. Cabia-me o papel de saber dos profissionais quem ela identificava nominalmente, para que ela mesma descrevesse alguma relação da pessoa com Guigo. Acrescentava e cortava nomes. Em relação a mim, havia um nome bem próximo ao meu, do qual me perguntou se era com uma ou outra letra. Respondi, e ela disse *É mesmo!*, sem acrescentá-lo. Alivio-me.

Nos atendimentos finais, Rani disse-me que sentira muita raiva, pois *quase* que se repetiu tudo com ela. Agradece-me a *ajuda*, que caracterizou como muito diferente e que *fez soltar sua língua e coração*. Gratificou-me com uma repleta cesta que denominou *lanche da tarde* e com um belíssimo cartaz cheio de fotos dela e de Guigo. É importante ressaltar que sempre me dizia que daria somente fotos de Guigo, pois as dela eram muito feias. Ao entregar-me o cartaz, disse que havia colocado as fotos que eu assinalara (em outro momento) na presença dela.

1.4 O telefonema de Rani

Depois de minha saída, ainda mantive um breve contato com Rani, por telefone. Contudo, depois de um mês, Rani me ligou. Relatou-me que Guigo havia falecido: *Ele se foi e não está mais aqui com a gente*. Afirmou, convicta: *Ele viveu 11 meses e 6 dias*. Disse-me que só agora me comunicara, pois não estava conseguindo falar sobre o fato. Ainda chorava muito e sentia a ausência do filho, principalmente na hora de dormir. Falou do vazio: *não há nada para carregar, não tem nada, tem só o vazio*. Segundo Rani, estava completando um mês do falecimento do filho. Ainda disse que estava muito confusa, mas menos do que na época em que ele falecera. Ficou revoltada e sumiu por um tempo sem falar e/ou manter contato com ninguém.

Rani disse-me que depois de uma semana ele havia piorado. Ela, então, passou a sentir o que ele sentia. Pediu ao Dr. M. que a medicasse para aliviar-lhe a dor:

Eu estava sentindo o que ele estava sentindo, como se fosse afetada pela dor dele e ao mesmo tempo, ao tomar remédio aliviaria a minha e a dele. [...] Eu passava muito mal, estava bem ruim, como se não tivesse limite para o sofrimento. Já não agüentava o sofrimento. Ele se foi... (Rani chorou)

Contudo, retomou a conversa e falou sobre que aconteceu, localizando mais uma vez o falecimento de Guigo. Rani situou a insuficiência renal como causa da morte do filho. Além disso, o desenvolvimento de uma laringite agravara o quadro. Para essa explicação narra minuciosamente cenas da boca tampada de sangue e do berço que se encharcava de água, chegando a minar no chão.

A equipe médica mantém o bebê distanciado da mãe, contudo ela reluta em vê-lo. Ela entrou na UTI e o procurou. Justificou para mim que sempre o mudavam de lugar por causa dos procedimentos médicos que realizavam. Mas, desta vez, ela o procurou e não o

encontrou. Segundo ela, os médicos confirmaram que ele estava no mesmo lugar, desde a última vez; ela não o reconheceu. Rani dizia:

Não reconheci meu filho, tinha outro naquele lugar. Não conheci Guigo: tinha bolhas no olho, sem orelha (orelha emendada ao rosto), boca sagrando, seu gemido como nuca antes. [...] Conheço Guigo, não! Me deu uma angústia danada e eu vi que estava perdendo ele. [...] Fiquei sabendo disto aquela hora.

Rani relatou que, após dois dias da cena anterior, *aconteceria*; ele *se fora como a vontade de Deus*. Após esse episódio, ficou com a saúde bastante debilitada (aumento da pressão arterial, aumento de peso), por isso houve necessidade de um tratamento semanal no hospital que estivera internada. Também lá estava sendo acompanhada por um profissional da psicologia da enfermaria pediátrica, que logo a encaminharia a um centro clínico de atendimento psicoterápico, onde os encontros seriam mais freqüentes.

Com relação às outras filhas, disse: *Sinto que as deixei mesmo, sinceramente não consigo agora ser mãe delas*. No final de semana seguinte, iriam para a cidade do pai e ficariam sob cuidados da avó paterna.

Atualmente, encontra-se cuidando de uma menina de 4 anos, a qual chama, de maneira descontraída, de *lindinha, gorducha e fofucha*. Isso me faz lembrar dela própria – Rani.

1.5 A situação transferencial

Neste caso clínico, estabeleceu-se uma relação transferencial vivenciada a três: a mãe, o bebê e eu. A presença do bebê como lugar possível da projeção fantasiosa materna permitiu-me atitude clínica enquanto terapeuta. Retorno a momentos em que deparei com

Rani nos corredores do hospital sem a presença de Guigo. Ela ora o situa (*está lá dormindo*), ora nomeia os procedimentos médicos realizados ou medicamentos ministrados sob a tutela dela. Posteriormente, convoca-me a estar presente junto ao seu bebê (*vamos lá nele*) para que possa falar dela mesma.

É na presença de Guigo e seus pertences que conteúdos maternos foram externalizados. Rani procede de modo a se aproximar dele ou pegá-lo (quando lhe é permitido); encosta a porta; por vezes, reorganiza a disposição dos objetos do quarto (porta retrato, brinquedos, roupas). Aconchega, sempre, o leito do bebê (embute lençol, posiciona e reposiciona travesseiros) e controla a quantidade de luz que entra pela persiana.

Tais procedimentos realizados no espaço do quarto do hospital ilustram a configuração do *setting* terapêutico que se delinea pela presença tríplice – mãe, bebê e terapeuta – sob o estabelecimento da situação transferencial. A respeito da transferência há a impressão de um *continuum* que se transpõe atemporalmente a agudizações de crise de saúde do bebê, bem como a episódios de adoecimentos da mãe. Mesmo nessas circunstâncias de um ou de outro, a configuração do *setting* mostra as elaborações mentais de Rani concedidas pelo trabalho analítico num espaço triplamente demarcado (mãe, bebê, terapeuta).

Foi pelo telefonema de Rani que deparei com a vasta dimensão da transferência estabelecida pelo *setting*, de modo a indagar-me: Como permitir-me atender tal telefonema? Contratransferencialmente, como escutá-la de um espaço outro daquele por nós (eu, a mãe e bebê) configurados? E, ainda, nessas condições, escutar a narrativa da mãe sobre o falecimento de seu bebê me permitiria alguma intervenção clínica?

Percebo que minha atitude em atendê-la ao telefone foi seguida de satisfação ao escutá-la e, ao mesmo tempo, mesclada por um mal-estar insinuado pela distância que desconfigurou nossos encontros. Contudo, essa ambigüidade de sentimentos não apagou o que foi vivenciado transferencialmente e contratransferencialmente de modo tão maciço.

Contrariamente, tais sentimentos direcionam-me ao resgate de nosso último encontro como tentativa de situar o vivido transferencial. Assim, proponho uma narrativa mais minuciosa desse momento como modo de conceber especificidades da situação transferencial.

1.6 Os “pertences”

No último encontro, Rani me presenteou com uma “cesta de café da tarde” e com um cartaz. O primeiro foi assim nomeado em razão de horários vespertinos de nossos encontros, o que, segundo ela, não poderia deixar de ser diferente. Nela havia, além de guloseimas, uma xícara de porcelana acompanhada por uma toalha que exibia meu prenome e nome bordados por ela. Quanto ao segundo, posicionado ao lado da cesta em formato de canudo, havia versos escritos com canetas coloridas e várias fotos do bebê, dentre as quais, duas exibiam ela com seu bebê.

Um encerramento, uma homenagem ou um agradecimento? Esses objetos seriam uma maneira concreta de finalizar o último encontro naquele contexto hospitalar? Seria a ilustração de uma situação ideal de encerramento? Como permitir-me a recepção daqueles objetos que se destacavam sobre a cama de maneira tão volumosa e colorida?

No primeiro momento, fiquei surpreendida e embaraçada ao receber o que Rani nomeava como meus “pertences”. Ao entregar-me tamanho conteúdo, solicitou-me, imediatamente, que desamarrasse o laço que envolvia a cesta e desenrolasse o cartaz, pois faziam parte da *mesma surpresa*. Convicta, Rani ressaltou que a xícara, a toalha e o cartaz eram objetos que *sempre poderiam estar comigo* e até mesmo como *lembrança* tanto dela como do bebê. Como sugerido, assim o fiz: na tentativa de desembrulhar a cesta, tive certa dificuldade em coordenar os movimentos junto com o cartaz. Meu corpo, especificamente

meu troco, move-se em direção aos dois objetos como meio de resgate do meu equilíbrio e ao mesmo tempo dos *pertences*. Conseguida a façanha, posteriormente posicionei-os em cima da mesa para que agora, de fato, pudesse, assim, desvelar tais objetos.

Perpassei as mãos de modo a desenrolar o cartaz confeccionado com esmero por Rani. Deparei com fotografias que ressaltaram aos meus olhos: nitidamente focalizadas ora no rosto do bebê, ora no rosto da mãe junto dele, essas fotos expunham um colorido nunca detido antes, embora tivessem sido vistas por mim em momentos anteriores. A disposição de cada uma delas na cartolina alia-se a dizeres individuais, de modo a circundar na parte central a escrita *A., nós te amamos*, envolto por estrelas desenhadas.

A composição do que continha a cartolina nomeada como cartaz, agora, parece-me mais uma "carta gigante" que, enrolada, mantinha na face interna conteúdos que retratavam experiências vivenciadas a três (Rani, Guigo e eu), sob a inscrição da palavra *amor* impressa sobre as estrelas desenhadas por ela na parte central da cartolina.

A existência da xícara, ainda que vazia, reporta-me não a uma lembrança, mas, sim, a presentificação da intensidade do afeto que acomete minha própria volição no manuseio do objeto enquanto tal. Beber o líquido contido na xícara permite-me presentificar sensações advindas de um tempo e espaço outros que não aqueles intensionados como vespertinos por Rani, mas, sim, pelo que persevera pela atemporalidade do acontecimento que se faz vigorar majestosamente como meio para compreensão do que fora co-vivenciado a cada encontro.

A toalha bordada com o meu pré-nome e nome soa-me curiosamente como uma nova maneira de nomear-me, pois, durante todos os encontros, era meu primeiro nome que estava em cena. A frase a seguir também me tocou: *Compartilhamos nossas experiências durante este tempo todo, agora vamos nos separar. Boa sorte.*

Parto deste último para evidenciar tamanha nitidez que as palavras impressas maternas traduziam de modo simples e conciso o que se passou na amplitude transferencial do trabalho analítico estabelecido. Como enunciava o verso, tratava-se de vivências co-estabelecidas entre a mãe, o bebê e eu. Meu corpo, mais uma vez, mantinha-se presente pela capacidade de ser afetado pelas exigências de cumplicidade das elaborações psíquicas maternas verbalizadas, outrora decorrentes daquelas inúmeras trocas de olhares silenciosos (ou não) entre a mãe e seu bebê, bem como dos diversos sorrisos (ou choros) dele. Algumas vezes, por solicitação da mãe, toquei-lhe os braços e as mãos.

Houve um momento em que foi consentido, pela via materna (no qual, também, se inclui o bebê), um distanciamento entre a dupla e eu, sinalizado pela composição de meus dois nomes bordados na toalha. Para mim, a grafia deles inaugurava outra disposição que não aquela vivenciada até aquele momento: o registro de meu segundo nome entoava-me como uma permissão de partida, de encerramento consentido a novas possibilidades de ser, imbuídos de boa sorte. A toalha seria o tecido grafado pela composição de um nome sinalizador do duplo (mãe e bebê) consentimento à atitude do terapeuta em tempos de finalização do atendimento clínico.

Esse momento, que duvidosamente nomeei de "homenagem", "agradecimento" e/ou "encerramento", concebi como um engendramento fecundo entre a mãe, o bebê e eu sob o aparato do que fora consolidado contra e transferencialmente. Retomando a metáfora concedida pela própria fala materna, o bebê como “caixinha de surpresa”, mediante o qual “tudo são surpresas” esperadas, traduz a imagem da peculiaridade instaurada pelo *setting* terapêutico flexível num ambiente hospitalar. Tal flexibilidade provém da mobilidade presente entre os três pilares – mãe, bebê e terapeuta – configuradores de um espaço clínico que se consolida pelo "laço" detentor das surpresas – o laço transferencial. Esse é o adorno que sinaliza e detém o fascínio da magia presentificado nas surpresas, ilusões, enganos e

desacomentimentos vivenciados a três atribuídos num mesmo espaço. É, também, o elo que amarra e alinhava a um curso não rígido as vivências psíquicas realizadoras do encontro entre mãe e filho.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

Nesta pesquisa foi utilizado o método psicanalítico proposto por Freud. O modelo de produção de conhecimento em psicanálise distingue-se de um modelo clássico, positivista, derivado das ciências físicas. O primeiro é marcado pelo modelo sujeito/sujeito que, assentado sob o fenômeno transferencial, afirma e reafirma as subjetividades dos sujeitos envolvidos pela noção de transferência e contratransferência. Já o segundo é traçado pelo modelo sujeito/objeto e caracteriza-se pelo afastamento entre o sujeito e o objeto, pelo controle de variáveis, pela quantificação de dados e sua estatística.

A psicanálise encerra-se sob três vértices: uma terapêutica, um método de investigação e uma teorização que acompanha esse método.

Freud em uma de suas conhecidíssimas compreensões do que seja a psicanálise, afirma que ela é um método de tratamento das neuroses, uma teoria sobre os processos anímicos e um procedimento de investigação desses mesmos processos. (Celes, 2000, p. 8)

No modelo sujeito/sujeito, o fato de considerar o fenômeno intersubjetivo não torna este modo de produção de conhecimento menos rigoroso. Safra (2001) afirma que “o rigor é dado, principalmente, pela fidelidade dos princípios que norteiam a prática clínica na investigação psicanalítica” (p. 2). Segundo o autor, também se relaciona ao rigor a fidelidade a um paradigma, a um vértice epistemológico que se reflete nos textos das pesquisas articulados ao estilo de determinados autores. Ainda, estabelece-se como ao rigor da investigação em psicanálise, uma contínua abertura ao novo dentro da situação clínica, a fim de que a própria rede conceitual esteja sendo revista no processo clínico. Esta posição continuamente aberta remete à ética da psicanálise. (Safra, 2004)

Trata-se de uma característica do processo psicanalítico diretamente relacionada às peculiaridades da subjetividade humana: “*a contínua abertura para o devir. [...] Temos aqui um princípio fundamental da investigação em psicanálise: ela é um processo investigativo não conclusivo*”. (Safra, 2001, p. 2, grifo do autor)

Por esse vértice ético da psicanálise de posição de abertura contínua há a possibilidade de se operar com a dimensão transferencial em um processo psicanalítico ou em uma situação clínica que implique um método psicanalítico que não necessariamente conduza a um processo de análise. Há possibilidade de utilização do método psicanalítico em outro local que não seja o consultório (Safra, 2004a). Para isso, esse autor faz referência a Winnicott, demonstrando que é possível fazê-lo numa terceira área de experiência, o espaço potencial, por meio do qual fenômenos se desenrolam sob uma situação transferencial

É nessa terceira área de experiência que se realiza o atendimento clínico da mãe e de seu bebê em um contexto hospitalar, de onde se torna possível o advento do material clínico da investigação psicanalítica. Trata-se da construção de um caso clínico que mantém, em seu recorte, a realidade psíquica que se pretende investigar.

Ao iniciarmos uma investigação a partir do material clínico, realizamos um recorte que é delimitado pelo aspecto ou fenômeno que estamos interessados em pesquisar, e também pelas concepções teóricas que utilizamos em nosso trabalho. (Safra, 1994, p. 57)

Safra enfatiza que a pesquisa realizada com o material clínico refere-se a “um recorte limitado por determinado ponto de vista” (p. 54). Segundo autor, é pelo reconhecimento desse limite que se mantém a objetividade da investigação e que, também, ao mesmo tempo, se contribui para omitir a identificação dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Desse modo, na construção do caso clínico estão presentes aspectos que promovem sigilo em relação à identificação do paciente, tanto pelo fato em considerar o

material clínico produzido em seu recorte, como pela citação de nomes fictícios. Há de se considerar, ainda, o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, que resguarda os sujeitos da pesquisa bem como o pesquisador.

O que meu bebê (não) tem! Explorações psicanalíticas e um caso clínico em UTI neonatal consagra o título desta pesquisa, a qual encerra, nela mesma, o fazer psicanalítico. Ou seja, sustentado pela prática clínica com base na qual se constitui material clínico, o método investigativo psicanalítico estabelece-se como criador de novas concepções e observações em psicanálise. É na construção do caso clínico que é contextualizada a fala materna em relação ao seu bebê: *O que meu bebê (não) tem!* é o dizer próprio de uma mãe em ambiente hospitalar, local onde desenvolvi a escuta psicanalítica dela em determinada situação clínica.

Assim, segundo Celes (2000) “o sentido da psicanálise como trabalho de *fazer falar... e fazer ouvir.*” (p. 10, grifo do autor) é uma constante no atendimento clínico da mãe em questão. O autor explicita que o trabalho de “*fazer falar... e fazer ouvir*” justifica a regra fundamental da psicanálise, que é a associação livre, sendo esta um convite ao analisando para falar segundo essa associação. É com base na interpretação e construção que o analisando pode ouvir o que ele fala (fazer-se ouvir). O *e* e a pontuação reticências ocupam o lugar do ouvir e falar do analisando. (Celes, 2000)

Celes (2000) ainda concebe um terceiro fazer ao trabalho *fazer falar... e fazer ouvir*: é o fazer ver. Para ele, o fazer ver refere-se “fazer ver os processos anímicos sem que ele mesmo, o trabalho de que se trata, tenha intenção visualizadora” (p. 12). É assim que Celes (2000) entende o propósito visualizador da psicanálise: trata-se de uma visão investigativa, “que guiada pulsionalmente, o fazendo falar... e fazendo ouvir, os mesmos

processos anímicos, se dão a ‘ver’ tanto para o analista como para o analisando” (p. 12). Daí é como o autor aborda: “É mesmo como a psicanálise originalmente se constituiu.” (p. 12).

Considerando a proposição investigativa da psicanálise, lanço mão dos autores Serge Lebovici e Phillippe Mazet para a continuidade da construção desta pesquisa, a partir da qual se propõe *fazer falar... e fazer ouvir* o imaginário materno sobre o qual pode-se fazer ver os processos psíquicos envolvidos na intersubjetividade entre a mãe e o bebê.

2.1 Das interações precoces às relações interpessoais

Serge Lebovici, psiquiatra e psicanalista, atribui importância ao conhecimento da criança via concepção do desenvolvimento e da psicopatologia, colocando em primazia o método clínico de observação direta.

Em 1980, ele mesmo contesta restrições metodológicas que lhe seriam fundamentais no progresso de seus estudos:

[...] convém, no momento, falarmos novamente do interesse crescente dos psicanalistas pela observação direta das crianças fora das curas psicanalíticas. Esse cuidado não visa somente validar as hipóteses que a leva a reconstrução no decorrer dos tratamentos; as necessidades técnicas são de tal ordem que cada profissional só pode tratar um pequeno número de crianças e a observação psicanalítica nessas condições leva a formulações muito preciosas, mas que devem ser validadas com o auxílio da observação do desenvolvimento da criança normal. Entretanto, essa preocupação, malgrado toda sua importância, é apenas principalmente responsável pelo interesse dos psicanalistas pela observação direta da criança. Constituiu-se aos poucos, o que podemos chamar de psicologia psicanalítica infantil, que é fruto das constatações do observador direto e que levou ao reencontro das hipóteses metapsicológicas de Freud. (Lebovici, 1980, p. 223-224)

Dessa forma, Lebovici (1992) concebe a “verdadeira criança da psicanálise” (p. 185) como aquela advinda pelo método de observação direta, fato que não o impede de

considerar o desenvolvimento neurológico dela. É o que Lebovici (1987) designa como “criança reconstruída e/ou observada pelos psicanalistas” (p. 282), que é capaz de oferecer suposições, construções e reconstruções teóricas sobre as pesquisas relacionadas à natureza e às funções das interações mãe-bebê.

Sobre essas interações precoces que se estabelecem entre mãe e o bebê é que se consagra grande parte da pesquisa de Lebovici. Ele conceitua a interação entre a mãe e o bebê como uma

série de trocas recíprocas onde cada parceiro da interação é levado a ‘responder’ ao outro e, assim sendo, a propor ao outro uma mensagem à qual ele poderá – ou não – responder por sua parte. O modelo de interação mãe-bebê é pois tornado uma seqüência de trocas recíprocas utilizando mensagens e sinais próprios ao estágio do desenvolvimento do bebê. (Lebovici, 1987, p. 87)

Phillipe Mazet, partindo de uma clínica também baseada na observação direta, define a noção de interação mãe-bebê de modo a diferenciá-la da relação interpessoal. Para o autor, a interação é o produto do que advém das observações recíprocas, das trocas de comunicação entre a mãe e o bebê ou parceiro, durante o encontro clínico. A forma como decorre essas interações entre a mãe e o bebê estão associadas às funções da harmonia, da mutualidade e da reciprocidade. Isso determina a temporalidade reduzida e um espaço delimitado e preciso, ainda que na clínica a realidade se mostre móvel. Diferentemente, uma relação interpessoal situa-se em um período variável (pode ser minutos ou anos), por meio da qual se desenvolverão laços ou vínculos. (Mazet, 2002)

Contudo, é por essa diferença estabelecida por Mazet que se pode ter a idéia de uma modalidade relacional interpessoal vinculada ao que é observado diretamente na clínica que considera interação mãe-bebê, ao mesmo passo que se constrói uma relação interpessoal por essas interações precoces.

2.2 Da “clínica da interação”

Lebovici (1999), como pesquisador e clínico, nomeia as consultas terapêuticas (denominação que ele próprio assume ter buscado em Winnicott) como uma modalidade clínica na qual emprega uma abordagem psicoterápica que adota o método de observação direta do que se passa nas transações que circunscrevem na reciprocidade entre a mãe e o bebê. “Minha fama, em particular por curar os distúrbios do sono, faz com que eu seja procurado, antes, como um ‘feiticeiro’, com quem não se consulta regularmente” (p. 67).

Não pretendo aprofundar em que circunstância se estabeleceu a cura nessas consultas terapêuticas. Contudo, coloco em evidência o método de observação direta no qual o clínico está inserido: privilegia-se o que se vê como meio de aprofundar no entendimento do diálogo materno, a respeito daquilo que a mãe diz do seu comportamento, do que ela antecipa sobre o bebê e de uma vida fantasmática inconsciente.

Lebovici (1987) designa seu fazer clínico como “clínica da interação” (p. 203). Nesta há participação efetiva do clínico na avaliação das interações mãe-bebê, pois ele é forçosamente implicado pelo afeto comunicado por cada parceiro da interação. “A clínica da interação é, pois, uma avaliação do que se organiza nas transações, do caminho que conduz a ação ao pensamento, do ‘co-vivido’, do ‘co-afetivo’ ao ‘co-pensado’ ” (p. 203).

Considerando esse modelo de clínica, Lebovici, em suas consultas terapêuticas, depara com atitudes essenciais que o clínico deve promover e desenvolver ao longo de sua clínica. Nesse sentido, Lebovici, Solis-Ponton e Menendez (2004) propõem a expressão “empatia metaforizante” (p. 41) e o termo “*enactment*” (p. 41). Segundo os autores, é necessário que o clínico tenha disponibilidade para sua atitude empática de modo que lhe permita identificar-se com o outro e esquecer-se dele mesmo: “O terapeuta reage a

transferência com contra atitudes, enquanto a atitude empática é o movimento pelo qual nós identificamos o outro e nos esquecemos de nós mesmos” (p. 43).

Por essa perspectiva, o clínico deixa de lado sua compreensão intelectual, colocando em posicionamento “de ser em” (p. 43) e poder ter condição de sentir “o nós” (p. 43), o clínico e o paciente. Para Lebovici *et al.* (2004), esse é um modelo de união entre a criança e sua mãe: “O mesmo acontece com o bebê que utiliza o comportamento materno para desenvolver sua disponibilidade à empatia: ele traduz os gestos maternos, responde a sua maneira e se ajusta” (p. 43). Se o clima de empatia é possível, esta é acompanhada pela compreensão interna ou *insight* do que se passa nas interações mãe-bebê. (Lebovici, 1999)

A formação da expressão "empatia metaforizante" abarca o valor metafórico da empatia por meio sentido do que é comunicado; da metáfora que contém um símbolo que é significável. Isso contrasta com o valor hermenêutico da metáfora, que preconiza a interpretação. “O valor metafórico das interações do psicanalista deve ser compreendido como meio de comunicação.” (Lebovici, 1992, p. 110)

Lebovici *et al.* (2004) acreditam que a empatia metaforizante repousa em uma ação controlada do próprio corpo, o *enactment*. Para o autor, o clínico, mediante sua identificação empática ao paciente, é conduzido a realizar uma ação que assumiria um valor metafórico, “sustentado no registro da comunicação primitiva, que faz com que seu narcisismo intervenha” (p. 44). Em uma de suas situação clínicas, o autor se propõe a exemplificar :

Eu fiquei sensibilizado pelo desejo da mãe de receber a benção do marido quando ela tentava pegar a criança no colo. E agi me pondo no lugar da criança e da mãe, graças à minha empatia. Pela identificação narcísica, declarei que a mãe poderia desejar dançar com o marido. Ele recusou a minha revalorização dizendo que a mãe poderia se contentar em dançar com seu filho. A minha declaração foi metaforizante e permitiu a união da mãe com a criança. (Lebovici, Solis-Ponton & Menendez, 2004, p. 45)

Para Lebovici *et al.* (2004), a comunicação primária estabelecida entre a mãe e o bebê constitui um modelo que o clínico pode adotar em seu fazer psicanalítico: “A empatia metaforizante e sua realização pelo *enactment* teria seu paradigma na comunicação primária que se estabelece entre a mãe e a criança” (p. 45).

Essa constatação enfatiza a importância do método de observação direta da interação mãe-bebê. Lebovici, por vezes nomeado como feiticeiro que promove a cura, delinea sua clínica por uma atitude específica do analista sobre a interação, da qual se pode, também, conceber e descrever a tríplice dimensão do bebê (real, imaginária e fantasmática), com o qual a mãe interage.

2.3 Das crianças carregadas pelo braço da mãe à interação fantasmática

Lebovici (1987) descreve três tipos de crianças que a mãe traz consigo na interação mãe-bebê.

A) *A criança da realidade material*: massa de carne viva com a qual a mãe interage seguindo sistemas programados, enriquecidos por suas fantasias e seus sonhos imaginários.

B) *A criança imaginária é a do desejo da criança*: ela se inscreve na problemática da vida dupla; a gestação da mãe lhe dá seu sentido pleno, bem entendido também em função das fantasias do marido e da mulher; ela se inscreve igualmente nas modalidades do equilíbrio familiar que implica a emergência das obrigações culturais ou contraculturais, inscritas na comunicação transgeracional.

C) *A criança do desejo de maternidade*, a das fantasias que se constituem e se desenvolvem em razão de conflitos libidinais e ordenamentos narcísicos. É essa a criança do Édipo. Para a mãe, ela será ao mesmo tempo a criança do desejo de negar a castração do pai, infligida pela mãe a seu marido. (Lebovici, 1987, p. 281)

Lebovici e Castarède (1992) enfatizam, ainda, que a criança imaginária se inscreve na vida pré-consciente da mãe, sendo objeto de seu desejo de gravidez. Antes do nascimento, há desejos e temores particulares em relação a ela. Também a mãe consagra a criança, de um modo que lhe é pessoal, ao progenitor. Ademais, ela será portadora dos valores transmitidos através de gerações

“São estas três crianças, a criança real, a criança imaginária e a criança fantasmática, que a mãe traz em seus braços” (Lebovici & Castarède, 1992, p. 106). Essa tríplice dimensão da criança, uma vez unificada pela mãe, privilegia o que ela é capaz de introduzir de sua vida fantasmática na vida do bebê, por sua capacidade de antecipar. As antecipações maternas consistem em repertórios de comportamentos da mãe e têm qualidade premonitória (referentes às adivinhações e previsões das necessidades do bebê) e criadoras de intenções que não existiam no bebê. Quanto a este, por ser capaz de criar seus objetos internos sendo reativação de traços minésicos de prazer, é capaz de figurar as produções fantásmicas da mãe. Nesse sentido, configura-se nas interações mãe-bebê, o que Lebovici (1987) denomina de “interação fantasmática” (p. 255).

O valor fantasmático dessas interações, segundo o autor, é sustentado por certos comportamentos da mãe e do bebê. Elas são organizadas mediante a construção da criança imaginária e adquire o seu desenvolvimento durante a gestação. Elas também são determinadas pelas fantasias que conotam o desejo de maternidade que encerra a criança do conflito edipiano. Nesse sentido, a interação fantasmática traz em si mesmo uma efusão de afetos e tripla dimensão: comportamental, intersubjetiva (imaginária) e intrapessoal (fantasmática).

Lebovici (1999) também enfatiza o “mandato transgeracional” (p. 68) inerente às interações fantasmáticas, que consiste na transmissão inconsciente dos conflitos inter (pais e filhos) e transgeracional (avós e netos). Em Lebovici (1992), as consultas terapêuticas visam

elucidar os fantasmas e a transmissão transgeracional deles. O autor utiliza o recurso da “árvore da vida” (p. 68) por meio da qual propõe a narrativa da história de vida do paciente e por meio dela estruturar o que na sua genealogia pertence ao comportamento e à organização fantasmática.

Considerando as especificidades do fazer clínico proposto por Lebovici, torna-se apreensível, no material clínico de pesquisa, a escuta do imaginário materno sobre o que o autor denomina de interações fantasmáticas.

2.4 Da construção do caso clínico

A respeito da construção do caso clínico, proponho-me situar as crianças propostas por Lebovici, com as quais a mãe e eu interagimos na situação clínica.

Primeiramente, ressalto a “criança da realidade” como o bebê dotado de um corpo biológico que traz consigo um quadro clínico com complicações fisiológicas e anatômicas. É o bebê gestado pela insuficiência placentária que sobrevive à gestação de alto risco.

A “criança imaginária, do desejo da criança” mantém-se imponente e respondente à versão da criança anterior. É o bebê que é concebido de modo não idealizado e fruto da gestação de um útero infantil (como nomeado por ela). Esse bebê, ainda que com o sofrimento mediante a gravidez (pouco alimento e pouca respiração), sobrevive a essa circunstância; é um bebê lindo, forte e surpreendente. Esse bebê traz consigo a memória materna da gestação anterior: gravidez de alto-risco, internação hospitalar prolongada, doenças clínicas semelhantes (por exemplo, parada cardíaca e hidrocefalia) e um aspecto mortífero. Ainda há de se considerar que é um bebê que atesta a dúvida de sua sobrevivência em relação à mãe, bem como à equipe médica.

A “criança do desejo de maternidade” é o bebê do sexo masculino que pode representar uma interrupção no mandato transgeracional sobre o lugar que as meninas podem ocupar nas duas gerações: o abandono e o abuso sexual. Esse bebê resguarda a mãe de que uma transmissão transgeracional destrutiva prossiga e também consagra a vitória sobre a rivalidade materna edipiana. Também é o bebê do sexo masculino que atesta a emergência da vida que não a sombra do bebê do sexo feminino da gestação anterior.

Essa tríplice dimensão do bebê em interação com sua mãe e comigo mesma é estabelecida por uma situação transferencial vivenciada a três (eu, mãe e bebê), preconizada pelos efeitos da interação fantasmática entre a tríade (mãe, bebê e eu).

“O mérito desta observação é sem dúvida o de mostrar que a interação fantasmática se esclarece dos efeitos da transferência que ela pode suscitar e pelo caráter metafórico das palavras que aí são ditas.” (Lebovici, 1987, p. 259)

A relação a que Lebovici (1987) se refere é aquela vinculada à atitude empática e metaforizante, em que o clínico pode se

desligar do seu momento identificatório utilizando a ligação que se faz com seu sistema pré-consciente, com o que ele representa as coisas para saber o que se passa entre a mãe e o bebê, para utilizar suas representações de palavras guardadas (p. 258).

Nesse sentido, é com base no método de observação direta amplamente discutido em Lebovici que proponho o próximo capítulo intitulado “Fundamentos Teóricos”, para resgatar e trabalhar implicações sobre o que na relação da mãe com o seu bebê é constituído e dela extrair sentido para o exercício de um fazer psicanalítico em determinada situação clínica.

CAPÍTULO 3 – FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.1 O saber materno

Winnicott, pesquisador engajado em sua práxis psicanalítica, fala ao público materno (como clínico que era) sobre as intervenções a respeito do saber materno na relação primordial que se instala entre a mãe e seu bebê. Para isso, ele coloca em evidência a diferença entre o conhecimento advindo do saber e o do aprender.

Creio que para vocês é muito importante saber claramente a diferença entre este dois tipos de conhecimento. Aquilo que vocês fazem e sabem, simplesmente pelo fato de serem mães de um bebê, está tão distante daquilo que vocês sabem por terem aprendido quanto a costa leste da Inglaterra fica distante da costa oeste. (Winnicott, 1950, p. 13)

Nessa direção, o autor incentiva as mães a reconhecer o que elas fazem pelo bebê como conhecimento que lhe é natural e altamente especializado, o qual, de modo algum, pode ser transmitido por profissionais, pois ele origina-se da experiência entre a mãe e o bebê em sua trajetória natural:

Quero incentivá-las a conservar e defender este conhecimento especializado, que não pode ser ensinado. A partir dele, e só então, vai poder aprender a fazer as coisas, com outros tipos de especialistas. Vocês só conseguirão aprender com segurança as coisas que os médicos e enfermeiras podem lhes ensinar se forem capazes de conservar, em si mesmas, aquilo que lhes é natural. (Winnicott, 1950, p. 18)

Com base nesses relatos é notável a preocupação de Winnicott (1968) a respeito do que se passa no início com a mãe e o bebê, pois, embora pareça sutil, “não são menos por parecerem tão naturais, sólidas e inquestionáveis” (p. 24). Aqui, situo a existência de

fenômenos naturais que justificam-se por si sós em sua espontaneidade no decorrer do desenvolvimento normal. Estes fenômenos seguem trajetórias naturais oriundos de um caráter experiencial, sob o qual torna-se possível a aquisição de um saber.

Nesse sentido, como ocorre a produção do saber advindo da experiência estabelecida na relação entre a mãe e o bebê? Para responder a essa questão, proponho o desenvolvimento de expressões cunhadas por Winnicott; a saber: "mãe devotada comum", "preocupação materna primária" e "mãe suficientemente boa". Baseando-me nessas expressões, situo, no caso clínico, como procede este saber.

Winnicott (1956) propõe a expressão "preocupação materna primária" como um estado único das mulheres que tem sua duração de pouco antes do parto a algumas semanas depois dele. É um estado em que a mãe, gradualmente, passa a ter uma sensibilidade exacerbada, quase uma doença, recuperando-se desta após o término desse processo. O autor sinaliza que uma mãe saudável tem "a capacidade de contrair essa 'doença normal' " (p. 401), e é o que lhes "possibilita a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê já nos primeiros momentos" (p. 401). Aqui, Winnicott reapropria-se de sua expressão "mãe devotada comum", cunhada em 1949 para conceituar e caracterizar a mãe em tal estado. A "mãe devotada comum" é aquela que entra numa fase de dedicação à tarefa de cuidar de seu bebê por semanas ou meses que se seguem ao nascimento dele. Nas palavras de Winnicott (1966), "tudo aquilo que nesta ocasião uma mãe é e faz" (p. 4) descreve muito bem a mãe devotada comum que se mantém apta em ir ao encontro das necessidades do bebê, de modo extremamente especializado.

Para que isso ocorra, a mãe facilita a organização do ego do bebê, oferecendo-lhe um suporte egóico, período denominado pelo autor como "afinidade egóica". Neste, a mãe e o

bebê encontram-se em estado fusional, no qual, “em grande parte, ela é o bebê e o bebê é ela”

(p. 4). Segundo Winnicott, há um tipo de identificação sofisticada da mãe com o seu bebê:

A mãe tem um tipo de identificação extremamente sofisticada com seu bebê, na qual ela se sente muito identificada com ele, embora, naturalmente, permaneça adulta. O bebê, por outro lado, identifica-se com a mãe nos momentos calmos de contato, que é menos uma realização do bebê que um resultado do relacionamento que a mãe possibilita. Do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio, e portanto a mãe é, inicialmente parte dele. (Winnicott, 1966, p. 9)

Trata-se, para Winnicott (1969), de uma identificação cruzada entre mãe e bebê presente na experiência de mutualidade. A mãe identifica-se com o bebê de forma mais sofisticada, pois ela traz consigo a experiência de ter sido bebê, dentre outras vivências familiares. O bebê, por sua vez, traz consigo sua capacidade prestes a desenvolver. A experiência de mutualidade pertence “à capacidade que a mãe tem em adaptar-se às necessidades do bebê” (p. 199). Para o autor, ela é o início de uma comunicação que se estabelece entre a mãe e o bebê, sendo que para este último representa uma conquista desenvolvimental que depende tanto de seus processos herdados que conduzem o desenvolvimento emocional, como, da mesma maneira, depende da mãe em sua atitude e capacidade de “tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir e criar” (p. 198).

Aqui abordo a mãe “suficientemente boa”, expressão winnicottina. É a mãe que se adapta suficientemente bem às necessidades do recém-nascido, de modo a compor o estado de preocupação materna primária como um primeiro ambiente altamente especializado. Isto é, a mãe, em tempo suficientemente preciso, apresenta-se para ser encontrada e criada pelo bebê, inaugurando uma área de ilusão. Essa área é caracterizada pelo estado de onipotência (um controle mágico) do bebê, necessária a um desenvolvimento saudável.

O paradoxo "capacidade de estar só na presença do outro" desenvolvido por Winnicott (1958) é um acontecimento natural que inicia-se no estágio de onipotência do bebê, no qual o ego imaturo dele está sendo “*naturalmente compensado pelo apoio do ego mãe*” (p. 34, grifo do autor), propiciando a criação e a recriação do objeto que, inicialmente subjetivo, pode mudar sua natureza para objetivamente percebido. Essa capacidade natural iniciada num tempo fusional da mãe e do bebê manifesta-se, mais tarde, como uma aquisição na fase adulta.

Winnicott (1963) ainda assegura um tipo de comunicação silenciosa e pessoal que está eminentemente ligada às relações objetais. Essa comunicação é não-verbal e manifesta-se “imune ao princípio da realidade e para sempre silencioso” (p. 174). Ela está vinculada a uma área de ilusão em que objetos subjetivos são criados e recriados, sentidos como reais, pertencente ao registro do estar vivo.

O que agora pretendo resgatar, depois desse longo percurso, é a concepção do saber materno como aquele que inicialmente advém da experiência de unidade entre a mãe e o bebê; embora, de fato, sejam dois. A mãe, com sua aquisição de "estar só na presença do bebê", cria e recria, na área de ilusão, seus dispositivos para uma adaptação especializada daquilo que seu bebê venha necessitar. Em comunicação mútua e silenciosa, ela sente como reais as necessidades de seu bebê, como se fossem dela, fazendo-a acreditar na importância do modo como ela sabe agradar a seu bebê. E de fato sabe!

Uma mãe saudável sabe acerca de seu bebê que também lá está, pronto para ser criado. Logo, qualquer acometimento que ameace o desenrolar de seus cuidados contará, mais do que antes, com um suporte adequado que lhe assegure a proteção dele. Sinalizo aqui que, embora o comportamento da mãe esteja focado sobre a produção de conhecimento direcionado ao bebê, em momento algum elimina-se o apoio externo necessário ao estado de

preocupação materna primária. “A mãe precisa ser protegida da realidade externa, de maneira que possa desfrutar de um período de preocupação como o bebê sendo objeto dessa preocupação.” (Winnicott, 1950, p. 36)

É por essas vias que adentro no caso clínico. Neste a proteção principal com que a mãe conta é a assistência médica da UTI neonatal. Quanto à figura paterna, resguardo outra parte deste trabalho para abordá-la, a saber, o *handlig* e o *holding* maternos.

A equipe médica, urgentemente, assegura apoio à mãe, uma vez que ela própria é assistida, bem como é eficaz em manter o bebê vivo. Desse modo, ela poderá ir ao encontro das necessidades do bebê desde que ela e ele estejam vivos! É essa proteção que a equipe fornece à mãe: inicialmente, mantê-los vivos. Se a mãe tem recuperação mais rápida, a equipe concentra-se no recém-nascido.

Em UTI neonatal do hospital HUB, é a equipe médica que oferece a adaptação do bebê a um mundo artificial, representado pela incubadora, onde é possível controlar a adequação da temperatura e de intensidade de luz, monitorar batimentos cardíacos e a respiração do bebê. Tudo isso minuciosamente registrado e vistoriado de tempos em tempos. Há, também, as manobras realizadas no bebê que lhe asseguram melhor posição, a fim de trazer-lhes mais conforto, e manuseios para efetuar algum tipo de procedimento ou para a utilização de aparelhagem. Ambos são sempre acompanhados pelo som da voz da equipe, que controla a máquina incubadora, mas de modo algum o faz como exercício mecanizado. Trata-se de especialistas engajados do tratamento do bebê que acabam constituindo um saber específico sobre ele.

Repensar para além da especialidade aprendida nos livros traz a especificidade de um saber advindo do estabelecimento de uma experiência que envolve pessoas; assim como o que acontece entre a mãe e o bebê em estado de preocupação materna primária.

Inicialmente, não me referi a todos da equipe, mas àqueles que, em especial, tiveram maior vínculo com a mãe e com o bebê durante seu longo período de internação. Aqui posso dizer que esses profissionais, em sua especificidade/especialidade médica, exerceram proteção à mãe, favorecendo-lhe a apropriação de sua capacidade de ir ao encontro das necessidades do bebê.

Por outro lado, há que se considerar que outros profissionais, especialistas, interpuseram seu conhecimento de modo tirânico, não escutando o que a mãe, em sua peculiaridade, sabia. Essa atitude não intencional dos mesmos, embutiu a dúvida, de modo a abalar e fragilizar o saber materno. Como exemplo, cito o modo como foi descoberta a fenda palatina do bebê, dias depois da enunciação de a mãe em ter visto um *buraco* na cavidade bucal do bebê. Outro seria a inadequação diagnóstica por um não-consenso do aumento de um dos lados da cabeça do bebê.

Torna-se importante ressaltar que os efeitos do "método canguru" vieram engrandecer e fortalecer a dedicação da mãe em sua tarefa de também poder cuidar do bebê, tendo-o cada vez mais correspondendo às atitudes maternas. A mãe, que se manifestava quase como exclusiva em seu interesse sobre as avaliações do quadro clínico do bebê, estado de "preocupação médico-primária" (Duron, 1999), passou a apropriar-se de um saber no tocante à relação entre ela e o bebê, desvelando o estado de preocupação materna primária.

Entender o que se passa clinicamente com o bebê torna-se, então, uma das formas de os pais se aproximarem do filho para que, ao identificarem suas necessidades, possam também cuidar delas. Contudo, isso deixa de ser bom quando a preocupação com a área clínica se torna absoluta e soberana, isto é, quando leva os pais esquecerem que ali está o seu filho, que necessita ser cuidado por eles de uma forma integrada. (Braga & Morsch, 2003, p. 53)

A preocupação materna primária intensifica-se e amplia-se em períodos de estabilização do quadro clínico do bebê, sendo o momento propício para o pleno exercício materno. Uma ilustração da potencialidade desse momento está presente nas cenas de alimentação do bebê pela mãe. Considero este momento de alimentação especial porque nele evidenciava-se a base para que o bebê pudesse constituir-se: a sustentação pelos braços maternos aliada à sustentação do que se produzia na mente da mãe e na do bebê, criando um espaço de ilusão constitutivo do ser. A mãe sabia exatamente como controlar o maquinário que segurava a sonda, podendo fazer dela um brinquedo para o bebê. Além disso, sabia das preferências do bebê em relação ao posicionamento do corpo no colo materno e da entonação da voz da mãe.

Esses ricos momentos de alimentação vão sendo impedidos a cada desestabilização e a cada crise do bebê, uma vez que, preferencialmente, ele era mantido no berço. Aqui a mãe depara com o enfraquecimento do seu saber sobre o bebê, pois tem dúvidas do que possa acontecer com ele, atendendo ao pedido médico em mantê-lo no berço e retirando os adornos que nele continha. Passa a vigorar a mescla da elevação de um saber médico e o enfraquecimento de um saber materno. A mãe retorna e redobra a atenção ao quadro clínico do bebê, diminuindo a sua capacidade de ter conhecimento das reais necessidades dele. Tudo o que conhece são as prescrições médicas.

Em tempos de crises constantes, o bebê encaminhado a outro hospital de modo a separá-lo da mãe. É a clarividência de empobrecimento do saber materno constituído: em determinado dia, a mãe não "encontrou" o seu bebê ali onde ele exatamente estava. Foi preciso que um profissional o fizesse.

Desse modo, considero primazia o que seja um apoio, uma proteção, um colo, algo que permita sustentação para que se possa existir e constituir-se. Assim, a seguir, passo ao estudo do *handling* e do *holding* propostos por Winnicott.

3.2 O *handling* e o *holding* maternos

Inicialmente, para explorar os conceitos psicanalíticos winnicottianos, o *handling* e o *holding* maternos, é importante situar o pensamento de Winnicott referente à concepção de saúde e desenvolvimento emocional. Winnicott (1945a) faz uma advertência aos profissionais que cuidam de crianças no tocante à utilização dos termos "saúde" e "doença". Segundo o autor, o antagonismo entre eles deve ser enfraquecido em prol da “pobreza e riqueza da personalidade, que é uma coisa bem diferente” (p. 60). O que ele enfatiza é a “*riqueza* da experiência e do desenvolvimento total da personalidade” (p. 24, grifo do autor) no processo maturacional de um desenvolvimento emocional sadio.

“Isto é significativo se fica claro que nosso objetivo é mais do que prover condições favoráveis para produzir saúde. Riqueza de qualidade, ainda mais do que saúde, é que fica no topo da escalada do progresso humano.” (Winnicott, 1962, p. 84)

Destaco essa passagem de Winnicott porque dela decorre a possibilidade de todo o trabalho psicanalítico realizado com a mãe e seu bebê em contexto de UTI neonatal. Considero em destaque, como o autor o faz, a palavra "riqueza" como que atribuída à qualidade das experiências entre a mãe e o bebê, posto à parte o conceito de doença como anormalidade física, como também a saúde veiculada à cura.

Com base nisso, passo à exploração psicanalítica dos conceitos winnicottianos *handling* e *holding*.

Winnicott (1970), ao desenvolver o tema sobre as bases do *self* situadas no corpo, traz casos clínicos em que dois pacientes dotados de anomalias físicas não demonstravam consciência delas como anormalidades.

Na realidade, o bebê tende a presumir o que se acha lá é normal. Normal é o que lá está. Constitui amiúde que um fato que o bebê ou a criança se dê conta

da disformidade ou anormalidade através da percepção de fatos inexplicados, tal como atitudes daqueles ou e alguns daqueles situados no meio ambiente imediato. (Winnicott, 1970, p. 209)

O autor transporta esse senso de normalidade à própria forma e função somática do bebê: “Tal como começa, assim tem que ser aceito, e assim de ser amado. É uma questão de ser amado sem sanções” (p. 205). Para Winnicott, o bebê, ao nascer (e até mesmo semanas antes do nascimento), necessita ser aceito por um amor, “demonstrado em termos de cuidados físicos” (p. 205), aliado ao “envolvimento emocional” (p. 205) materno para ter um desenvolvimento emocional saudável, assegurado pela riqueza de experiências. Desse modo, Winnicott, ao situar o conceito de personalização (habitação da psique no soma) em oposição à despersonalização (experiência de cisão entre mente e corpo), aponta questões fundamentais do termo *holding* sem, contudo, explicitá-lo.

O começo daquela parte do desenvolvimento do bebê, que estou chamando de personalização, ou que pode ser descrita como habitação da psique no soma, tem de ser encontrado na capacidade que a mãe ou figura materna tenham de juntar o seu envolvimento emocional, que originalmente é físico e fisiológico. (Winnicott, 1970, p. 205)

É para esse começo que Winnicott utiliza o termo *handling* como um tipo primeiro de *holding*. O *handling*, traduzido como manuseio, é constituído por uma série de atos físicos, dentre os quais a sensibilidade da pele do bebê, a alimentação e todas as atenções sensoriais que fazem parte da rotina dos cuidados cotidianos. “O *handling* permite ao bebê tolerar frustrações como fome e desconforto, mas também ter a experiência de uma desilusão progressiva, da perda do seu sentimento de onipotência sem que isso provoque sua desintegração.” (Mijolla, 2005, p. 889)

Winnicott (1967b) faz referência aos cuidados maternos em torno do ato de manusear atrelado ao ato de segurar: “Segurar e manipular bem a criança facilita os processos

de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante interrupção destes processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação (p. 54). O autor, referindo-se ainda à dupla manipular e segurar, intencionalmente, destaca a palavra "segurar" em nota de rodapé. “Segurar: tornar-se seguro, firmar; amparar, impedir que caia, agarrar, conter, prender; garantir, afirmar assegurar; tranquilizar, serenar, sossegar; não se desfazer de, conservar; afirmar, garantir; apoiar-se, precaver-se.” (Winnicott, 1967b, p. 53)

Ao destacar o significado de um dos verbos da dupla, percebe-se que este guarda um sentido mais amplo, mas que não dispensa o outro. Ou seja, o manipular (*handling*) veicula-se ao segurar (*holding*) na amplitude de seu significado, contudo, mantêm-se distintos em seus significados:

Os cuidados com as crianças giram em torno do termo ‘segurar’, principalmente se permitirmos que seu significado se amplie à medida que o bebê cresce e que seu mundo vai se tornando mais complexo. O termo pode incluir, com muita propriedade, a função do grupo familiar, e, de uma forma mais sofisticada, pode também ser empregado para caracterizar o trabalho com casos, tal como se dá nas profissões cuja característica básica é a prestação de cuidados. (Winnicott, 1967b, p. 53)

Nessa direção o sentido do *holding* (segurar) engloba inicialmente o *handling* (manuseio) em direção aos cuidados iniciais com o bebê, de modo a estender-se à família e a um aplicativo clínico, em casos que o paciente necessita de cuidados.

Para o autor, o *holding* constituído em seu primeiro momento como *handling* é caracterizado por

um trabalho que prossegue, enquanto sustentáculo necessário do Eu e ao longo de toda infância e adolescência. Um bom *holding* dá ao bebê o sentimento de que pode confiar no mundo, tanto interior como exterior. A mãe comum consegue fazer isso quase sem pensar; e, mediante a pequenas doses de fundação progressiva, permite ao bebê ‘perder suas ilusões’ e adquirir consciência de que existe em ‘eu’ e um ‘não-eu’, e um mundo que ele não poderia dominar. (Mijolla, 2005, p. 889)

Uma das partes mais importantes da tarefa materna é o desempenho natural e especial da mãe ao prover o mundo em pequenas doses ao bebê. Um fragmento especializado do mundo é repartido com o bebê, de modo a conservar tal fragmento como significativamente pequeno para que não haja confusão. O resultado disso é a ampliação gradual e crescente da capacidade do bebê de desfrutar o mundo. (Winnicott, 1949)

Nessa direção, a oferta de mundo ao bebê pela mãe constitui o *holding* materno, no qual estão inseridos cuidados físicos e o fator provisão ambiental, antes mesmo do nascimento do bebê. Aqui retorno ao que foi exposto como "envolvimento emocional", para abordá-lo agora como aquilo que advém da provisão ambiental proposta pelo mesmo autor em 1960. Em Winnicott (1960), a provisão ambiental está relacionada às experiências instintivas que futuramente determinarão as relações objetais que, embora se assemelhem como exclusivamente fisiológicas, fazem “parte da psicologia da criança e ocorrem em um campo psicológico complexo determinado pela percepção e pela empatia da mãe” (p. 44).

Na composição de um cenário é que se estabelece o *holding* satisfatório. A presença materna é fundamentalmente vivaz e acessível ao bebê. Winnicott enfatiza a importância das mães, a saber: a continuidade do ambiente humano e também do ambiente não humano no tocante à integração do indivíduo; o estabelecimento da confiança que possibilita o comportamento da mãe previsível; a adaptação às necessidades da criança; e a provisão para concretizar o impulso criativo da criança. (Winnicott, 1962).

Winnicott (1962) afirma que para um bom desempenho dessa mãe é necessário um apoio externo: “Habitualmente o marido a protege da realidade exterior e assim a capacita de proteger seu filho de fenômenos externos imprevisíveis” (p. 68). Para o autor, em termos de provisão ambiental, trata-se da “mãe (sempre incluindo o pai)” (p. 68) para que se possa prover naturalmente o bebê.

Nessa direção, um cuidado materno satisfatório significa um cuidado paterno satisfatório, o qual pode ser classificado em três fases superpostas: a. o *holding*; b. a mãe e o lactente vivendo juntos (aqui a função de pai ainda não é conhecida, pois este está lidando com o ambiente para mãe); c. pai, mãe e lactente todos vivendo juntos.” (Winnicott, 1960, p. 44)

Considerando o *holding* como oferta de mundo pela mãe ao bebê, cabe aqui apontar que esse mundo pode ser representado pelo pai ou por outra figura que cumpra a função materna no que diz respeito à provisão ambiental, no cenário em que é estabelecido o *holding*. A mãe, ativa, real e viva, é capaz de decidir sobre a participação também real e via do pai. Usualmente, “as mães sabem que são competentes em sua própria função e podem, portanto, deixar que seus maridos entrem em cena, se o desejarem.” (Winnicott, 1945b, p. 128)

Para Winnicott (1945b), é certo que as mães têm o seu potencial para decisão, mas essa potencialidade não é válida para experiências pessoais entre o pai e o bebê. “Não está em suas mãos tornar férteis as relações deles; isso depende do pai e da criança. Mas está verdadeiramente em seu âmbito possibilitar estas relações, ou impedi-las, ou desfigurá-las” (p. 133).

Araújo (2006), ao discorrer sobre a importância de um pai protetor, aproxima-o da idéia similar ao espaço de um útero, no qual há um limite entre o mundo externo e interno, de modo a proteger a família, dando-lhe condição de sobrevivência. A autora confirma com o pensamento winnicottiano, no que se diz respeito à permissão materna, e enfatiza que predisposição do pai em fazer parte da relação deve ocorrer de forma afetiva e efetiva.

Ao *holding* podem ser alinhadas, ainda, mais algumas funções, como a proteção contra a agressão fisiológica; a proteção da sensibilidade cutânea do bebê, como o tato e temperatura, a sensibilidade auditiva, a sensibilidade visual e a sensibilidade à queda; o

estabelecimento de um cotidiano que inclui completa rotina na vida do bebê. (Winnicott 1960).

A fim de poder ilustrar algumas passagens do *handling* e do *holding* materno resgato o caso clínico.

Para considerar o que na riqueza de experiências foi constituído na relação entre a mãe e o bebê em contexto de UTI neonatal, enfatizo o *handling* e o *holding* maternos bem-sucedidos e assegurados, por ora, não necessariamente pelo pai do bebê, mas pela equipe médica que, inicialmente, lhe concede provisão ambiental rumo ao *holding*. O pai do bebê, que, inicialmente, de modo algum ausente, ao ter argumentações sobre o aspecto físico do bebê, fere a mãe narcisicamente, como que um arranhão no que entre ela e o bebê foram construídos em tempos de *handling*. Desse modo, a mãe interpõe as tentativas de aproximações entre o pai e o bebê, restringindo-lhe gradualmente a presença até a proibição de suas visitas. Aqui, torna-se interessante ressaltar que se o pai necessita da equipe médica para uma intervenção que pudesse melhorar o aspecto físico do bebê, a mãe também faz um movimento semelhante ao do pai, uma vez que necessita do saber da equipe para cuidar da vida de seu bebê. Em relação ao pai, não houve tempo suficiente para que ele, em suas tentativas de aproximação, pudesse ter qualidade na experiência com seu bebê. A mãe interrompe o pai e delega a função paterna a uma pessoa do sexo masculino, eleita como "padrinho do bebê", fato que favorece a promoção de um *holding* materno bem-sucedido.

Também retorno às cenas de alimentação do bebê citadas para abordar o *handling* e o *holding* maternos. Aqui, não posso deixar de destacar uma frase winnicottiana: “Estamos mais preocupados com mãe segurando (*holding*) que com a mãe alimentando o bebê” (Winnicott, 1955, p. 215). O fato é que essas cenas, efetivamente, retratam a riqueza de experiências vivenciadas pelo bebê e pela mãe e, ao mesmo tempo, considero como o ápice ilustrativo do que é atribuído ao *handling* e *holding* maternos aspectos relacionados à

sustentação física (o manuseio, o segurar e proteção a sensibilidade do bebê) e à sustentação psíquica (envolvimento emocional), bem como o estabelecimento de uma cuidadosa rotina do cotidiano, como os horários da alimentação do bebê, o controle metódico da sonda e rotineiros manuseios de adequação ao posicionamento do bebê no colo materno.

Nesse sentido, considerando a afirmativa anterior de Winnicott, explico o modo como a mãe carrega o seu bebê. Curiosamente, a mãe carrega-o de modo que o contato de seu seio seja com as costas do bebê, firmando-o por um de seus braços, que transpassa verticalmente o corpo do bebê, até que a mão lhe alcance o quadril. Esse contato das costas do bebê com o seio materno, aliado à envoltura do braço sustentador, parece retratar uma espécie de lugar em que o bebê possa continuar a ser gestado e desenvolver-se maturacionalmente. Por ora, esse dispositivo físico que sustenta harmoniosamente o bebê parece a configuração de um ventre materno que, em final de gestação, é capaz de conter o bebê em tempo suficientemente bom, o que na realidade não ocorreu. Ainda, a mãe, sabiamente, inibe a função do seio no que se refere à alimentação, uma vez que o ativava com outra função altamente especializada: uma envoltura sustentadora que contém calor e cheiro materno.

Outro ponto a ser considerado é a visão da mãe e do bebê direcionadas a uma terceira pessoa. Intencionalmente, faço um parêntese para referir-me à palavra "visão" como o ato ou efeito de ver; como o que está no registro do visível. Segundo Scheinkman (1995), a diferença entre a "visão" e o "olhar" deve ser considerada. A autora, ao trabalhar a pulsão em seu percurso, situa delimitações entre os dois conceitos. "Aquilo que escapa ao campo da visão inaugura o que é da ordem do olhar, do desejo de ver, [...] olhar está fora de qualquer alcance especular" (p. 82). Contudo, é o olhar de um outro que insere o sujeito no registro do que é visível. Nesse sentido, o emprego da palavra visão justifica-se, uma vez que pretendo enfatizar, inicialmente, o reflexo da imagem que pode ser visto no espelho, embora, de modo algum, possa ser excluído o olhar da ordem do desejo, o desejo de ver.

Retornando à visão da mãe e do bebê postos em um mesmo sentido, suponho haver conservação de um modelo proporcionado pela equipe – o ser visto: ser o cuidado, ser protegido. Isso é válido tanto para a mãe como para o bebê. Em relação ao bebê, ser visto pela continuidade de cuidados da equipe (ou por outra pessoa no âmbito hospitalar) é vitalmente salutar. Também assim o é se ele vê nela um espelho que contém a imagem refletida da mãe. “O *self* se reconhece nos olhos e na expressão facial da mãe e no espelho que se pode vir a representar no rosto da mãe.” (Winnicott, 1970, p. 210)

Em relação à mãe, ver e ser vista pela equipe resguarda um ponto de apoio que ainda deve ser considerado para o desenvolvimento satisfatório na tarefa dedicada ao bebê. Ao mesmo tempo, a equipe ou terceiros pode constituir, como no caso do bebê, um espelho refletor da imagem do bebê.

Note-se que, além de a mãe proporcionar um ambiente compatível ao bebê de acordo com as necessidades dele, ela também se adapta, organizando-se da melhor maneira as próprias necessidades, de modo a totalizar um conhecimento em prol da relação entre ambos.

Assim, o modo como a mãe carrega o seu bebê porta um saber extremamente especializado, que estabelece um *holding* bem-sucedido.

3.3 O manejo na situação clínica: o *holding* e o *placement*

Winnicott (1954) transporta a noção de *holding* à situação clínica como uma espécie de manejo dispensado à patologia específica de cada paciente. De acordo com a intensidade desta, a graduação do manejo demonstra-se variável, pois em alguns casos “o manejo ocupa a totalidade do espaço” (p. 378). Ou seja, o manejo pode ser entendido como

um *holding*, compreendido como sustentação. Significa oferecer um ambiente facilitador/*setting* que sustente e permita o processo de integração do sujeito.

Similar ao *holding* humano, o *holding* na situação clínica compõe um ambiente/*setting* pela especificidade de um analista atento à sensibilidade dele mesmo e do paciente rumo à adaptação às necessidades deste. Aqui, inclui-se o estabelecimento da confiança, aliado à própria atitude do analista em não interpretar, mas, sim, em estar em contato com o sofrimento do paciente para que, juntos, possam criar um saber sobre este.

Tafari (2003), no atendimento de crianças autistas, preconiza como atitude clínica “tolerar a experiência de um ‘não saber’ e não ter palavras justas para interpretar” (p. 213). A expressão “o analista não intérprete” da autora vem traduzir tal atitude e apontar um fazer clínico adequado e voltado para a experiência do encontro com o paciente. Para ela, o *holding* oferecido ao paciente é extremamente fértil e produtor de sentido.

Para Winnicott, o *holding* aplicado à situação clínica não é reduzido ao discurso, mas é, necessariamente, a presentificação da totalidade do analista, a saber, sua atenção sensível em combinação com os aspectos físicos do ambiente.

Safra (2007, março) enfatiza a importância da materialidade do *setting* analítico, encerrado em si mesmo como ambiente-*holding*, em direção às necessidades psicológicas e físicas do paciente. A respeito dessa materialidade, introduzo conceitos de Winnicott (1951) denominados objeto transicional e fenômenos transicionais utilizados para designar uma área intermediária da experiência. Segundo o autor, essa área “é aquela que é liberada para o bebê entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste de realidade” (p. 327). Para ele, o objeto transicional e os fenômenos transicionais constituem “uma região neutra da experiência que não será questionada” (p. 328). Ambos pertencem ao reino da ilusão, o “qual está localizado na base dos primórdios da experiência” (p. 331). Winnicott (1988) faz a diferenciação dos objetos transicionais e os fenômenos transicionais. Para ele, o objeto

vinculado às experiências transicionais é o objeto transicional ou “primeira possessão; é um objeto que o bebê criou” (p. 126). Para as experiências transicionais tidas como técnicas empregadas nessas situações, denomina-se fenômenos transicionais.

À medida que ocorre o processo de desilusão em meio à confiança estabelecida entre a mãe e o bebê, o objeto transicional funda o espaço potencial, designado como terceira área de experiência. “Eu acho que realmente encontramos uma terceira área, uma área do viver que corresponde aos fenômenos transicionais do bebê e, na realidade, deles deriva.” (Winnicott, 1959, p. 47)

Na situação clínica, Abram (1996) relaciona a empatia da mãe com o bebê ao terapeuta com o paciente de modo a considerar bebê/paciente como capaz de internalização e sentir-se salvo em sua passagem da dependência à autonomia. É apenas pelo estabelecimento dessa confiança que o espaço potencial é fundado. Esse espaço potencial é preenchido com o brincar e com a experiência cultural.

Nas palavras de Winnicott,

a confiança do bebê na fidedignidade da mãe e, portanto, na de outras pessoas e coisas, torna possível uma separação do não-eu a partir do eu. Ao mesmo tempo, contudo, pode-se dizer que a separação é evitada pelo preenchimento do espaço potencial como o brincar criativo, com o uso de símbolos e com tudo que acaba por somar uma vida cultural. (Winnicott, 1971, p. 151)

O brincar e a experiência cultural como espaço potencial são amplamente trabalhados na obra winnicottiana *O Brincar e a Realidade* em capítulos distintos. No capítulo "O Brincar", Winnicott (1971b) cita que “*brincar tem lugar e um tempo*” (p. 62, grifo do autor), no entanto não está dentro, tampouco fora; mas sabe-se que no brincar leva-se tempo; o brincar é definido como fazer. No capítulo "A Localização da Experiência Cultural", Winnicott (1967a), a experiência cultural é compreendida como aquilo que oferta um saber,

ao mesmo tempo em que cumpre a função de um reservatório natural desse saber: “Nós podemos fruir se *tivermos um lugar para guardar o que encontramos*” (p. 138, grifo do autor).

Considerando essas passagens do autor, o espaço potencial está relacionado com um lugar onde experiências acontecem. Esse lugar não é um espaço delimitado por fronteiras, tampouco visível. O lugar é a possibilidade, é a experiência. É esse lugar que conserva as características do que Winnicott designa como *placement* em seu trabalho com crianças com tendências anti-sociais por volta da Segunda Guerra Mundial.

Safra (2006b) destaca a problemática da utilização da palavra *placement* pois sua tradução por exemplo, como “alojamento” e “colocação” tem levado a perda de sentido de um conceito que Winnicott pretendia apresentar. “A tradução da palavra *placement* é problemática. Ela é derivada da palavra *place*, cujo significado é lugar, dimensão fundamental na constituição do *self* e no processo de trabalho clínico”. (p. 14)

Em *Tratamento Residencial para Crianças Difíceis*, Winnicott (1947b) aborda uma modalidade de trabalho clínico específico para crianças difíceis que vieram de lares insatisfatórios. Para o autor, a idéia terapêutica central era ofertar a essas crianças “*experiências de um lar primário que fossem satisfatórias*”. (p. 63, grifo do autor)

Por experiências de lar primário entende-se a experiência de um ambiente adaptado às necessidades especiais da criança, sem o que não podem ser estabelecidos os alicerces da saúde mental. Sem alguém especificamente orientado para as suas necessidades, a criança não pode encontrar uma relação operacional com a realidade externa. Sem alguém que lhe proporcione satisfações instintivas razoáveis, a criança não pode descobrir o seu corpo nem desenvolver uma personalidade integrada. Sem uma pessoa quem possa amar e odiar, a criança não pode chegar a saber amar e odiar e assim, não pode descobrir seu sentimento de culpa nem o seu desejo de restaurar e recuperar. Sem um ambiente humano e físico limitado que ela possa conhecer, a criança não pode descobrir até que ponto suas idéias agressivas não conseguem realmente destruir e, por conseguinte, não pode discernir a fantasia de fato. Sem um pai e uma mãe que estejam juntos e assumam juntos a

responsabilidade por ela, a criança não pode encontrar e expressar seu impulso para separá-los nem sentir alívio por conseguir fazê-lo. (Winnicott, 1947b, p. 63-64)

Note-se que o autor enfatiza as experiências que sempre estão ocorrendo com alguém ou em ambiente humano, referindo-os a um contexto de lar. Considero esse lar primário invisível em sua positividade, pois ele representa a oferta de um lugar propiciado pela terceira área de experiência: o espaço potencial.

Winnicott (1947b), em defesa do lar primário, também assinala que as experiências por ele fornecidas não serão de cunho corretivo, mas reveladoras da possibilidade de um vir a se posicionar de forma diferente diante daquilo que houve.

Se, de fato, não existe este bom começo, está além do alcance de um albergue criá-lo, *ab inito*. A resposta a esta questão, é com frequência, uma questão de grau; mas, de qualquer modo, vale a pena buscar esta resposta. (p. 72)

Já em *Alojamentos para Crianças em Tempo de Guerra e Paz*, Winnicott (1948) é categórico ao firmar a urgência de “algum tipo de lar” (p. 82) às crianças desajustadas. “Dizemos que o que essas crianças precisam é de *estabilidade mental*, cuidados *individuais* e *continuidade* desses cuidados. Estamos pressupondo um padrão comum de cuidados físicos.” (p. 72, grifo do autor). Mais adiante, ele ressalta que o valor desse trabalho que não consiste somente no alívio da doença, mas “está no fato de oferecerem um lugar onde o médico possa cuidar daquelas crianças.” (p. 86)

Safra (2006, outubro), ao discorrer sobre o conceito *placement* como oferta de lugar, expõe suas facetas sobre o que pode ser considerado na situação clínica: a) o lugar como um lar em que se possa repousar, uma morada; b) ter uma morada significando um lugar transgeracional (lugar dos ancestrais, da origem); c) o lugar como ponto de partida e

chegada, lugar onde se possa ir e vir que está lá em continuidade; d) o lugar que se torna um lar também se constitui como altar, como um campo da experiência do sagrado.

Para o autor, compreender a situação clínica como oferta de lugar não se trata da oferta de um lugar para serem realizadas interpretações. Trata-se de ofertar lugar para que haja experiências que possam ser acontecimentos constitutivos e também ofertar um lugar que contemple as necessidades originárias do ser humano.

Assim, considero efetivamente a concepção do *placement* como oferta de lugar, aliada ao *holding*; uma vez que foi exposto acima o lugar/lar contendo cuidados dispensados e um cotidiano que compõem um ambiente facilitador. Nas palavras de Safra, entender o *placement* aliado ao *holding* na situação clínica seria ofertar um lugar aparentado de acordo com as necessidades constitutivas (uma das facetas do *holding*), bem como ofertar um lugar que seja aparentado com o modo de ser da pessoa.

Chatelard (2004), em relatório de pesquisa sobre a atuação do psicólogo em contexto de UTI neonatal, expõe a necessidade ética do profissional para não cair em um sistema fechado, comumente presente nos serviços hospitalares. “O psicólogo por sua vez deverá encontrar e ‘inventar’ um lugar para sua escuta e para sua fala, um lugar a partir do qual seu desejo possa operar” (p. 352). Pelas palavras da autora, o encontro e a invenção estratégica do clínico dizem de um lugar que somente pode ser fundado por meio da experiência. Isto é, vivenciar a situação clínica num registro experiencial é o que dá condições ao profissional de poder manejar em prol de um estabelecimento de uma situação clínica. Desse modo, neste trabalho, o clínico, o *placement* e o *holding* são utilizados como manejos na situação clínica. É notório que os conceitos são distintos, embora na construção do caso clínico a oferta de *placement* inclua o aspecto constitutivo do *holding*, o qual não posso desfazer. Seguem-se as ilustrações.

3.1.1 Da materialidade do setting ao placement

Inicialmente, coloco em evidência minha necessidade em descrever sobre a materialidade do quarto e dos corpos maternos que lá se encontravam. Aqui, com atenção sensível, deparei com a presença desses fenômenos transicionais. Ressalto meu silêncio e as poucas verbalizações como modo de comunicar-me com a paciente. Nessa direção, com a minha presença sensível e viva compunha-se um *setting*. É fato que também pude sobreviver, uma vez que fui encontrada pela paciente ao “subir as escadas”. Esse ato denota o que antes vinha se estabelecendo na atenção dispensada à mãe desde a maternidade. Aliado ao fator permissivo da ala pediátrica referente à constância de minha presença, instaura-se um marco para o estabelecimento da confiança entre a paciente e eu. É o estabelecimento da confiança que funda o espaço potencial. A fundação do hospital como um lugar possibilita um lar, uma morada, onde experiências sagradas e transgeracionais são geradas pela memória narrada da paciente em relação à exposição do segredo sobre a própria mãe e as filhas, como também a contextualização de uma gestação anterior ao nascimento de seu bebê.

3.1.2 Da materialidade do setting ao holding

Com relação à materialidade, pode-se falar também que a organização do quarto com os pertences do bebê é importante não pelo aspecto material (disposição dos objetos na cama e/ou prateleira), mas pela possibilidade de presentificar o si mesmo da paciente. É a materialidade do quarto como um fenômeno transicional. O quarto é a extensão do corpo da mãe em relação ao seu bebê: a materialidade do quarto tomada como espaço pessoal da mãe faz presentificar o seu si mesmo, confirmando um lugar onde seu corpo pôde se alojar.

Se o quarto é a continuidade do corpo da mãe, também se fala em *holding*. Assim, a evidência da mudança organizacional do quarto está diretamente vinculada aos bons e aos piores momentos do quadro clínico do bebê.

- Em bons momentos do quadro clínico do bebê: os vários objetos estão presentes na prateleira e na cama do bebê como extensão do corpo da mãe. A materialidade do quarto é a continuidade do corpo da mãe e favorece o *holding* bem-sucedido. É no sentido do que precisa lá estar para que se constitua um lugar em que o outro possa se abrigar e fazer uso do objeto ou fenômeno, de modo a usá-lo a serviço da realidade interna.

- Em momentos ruins do quadro clínico do bebê: a retirada dos objetos reduz a corporiedade da mãe e reflete na diminuição da pessoalidade do espaço, denotando um *holding* abalado. O saber tácito da mãe sobre o bebê vai sendo continuamente abalado e interferido pelo campo das especialidades médicas que atuam em momentos de crise do bebê. A retirada dos brinquedos sobre a prateleira, que sempre fora sugerida, é atendida somente no momento em que há preponderância do saber especializado da equipe médica sobre o saber da mãe sobre o seu bebê. O primeiro sustentará o bebê com base em seus conhecimentos específicos, que são distintos do saber materno. Não que esse saber dos especialistas não existissem antes, mas a questão é que a mãe, não conseguindo identificar-se, como antes, com o seu bebê, deixa minar seu saber em prol da equipe médica. Aqui, o *holding*, oferta de mundo por intermédio da mãe, estabelece-se como “oferta de mundo por intermédio de outros mundos”, ou seja, a oferta de mundo é oferecida pela equipe médica, por estagiários de psicologia, pela presença do padrinho do bebê, pelo contato com a família e com o pai do bebê por telefone. Posteriormente, a partir do episódio do batismo do bebê, o *holding* materno vincula-se ao sagrado como forma de resgatar a comunhão com um saber que, antes, lhe era inerente.

3.1.3 Transferência e o estabelecimento do placement

O analista, dependendo da forma como está presente na situação clínica, pode fundar, ou não, um lugar que seja aparentado com o si mesmo do paciente. A situação clínica, nessa perspectiva, funciona como um *placement*, razão pela qual o analista não é aquele que analisa, mas aquele que está junto do leito, permitindo o repouso, auxiliando a pessoa a fundar um mundo, um lugar que seja aparentado consigo mesmo em sua singularidade.

No *setting*, o analista reúne a transferência que se desdobra como parte da experiência: ele outorga a transferência a outro e legitima a experiência daquilo que o analisando foi ao encontro. Isso é fazer intervenção no campo transicional.

Em especial, fica o episódio do batizado do bebê. A paciente procurava, no campo do sagrado, um lugar onde pudesse ancorar suas necessidades originárias. Eu outorgo ao padre, o que jamais poderia fazer pela paciente ao legitimar a experiência do batismo com a minha própria presença na igreja. Aqui “estar com” direciona-se no sentido de fundar um lugar que seja aparentado com ela mesma, para que possa fazer dele sua morada e lugar de repouso. Além dessa, considero também como intervenções no campo transicional o convívio da mãe com os outros profissionais de psicologia no hospital e a exclusão da analista da lista do aniversário do bebê.

3.1.4 O espaço potencial

O hospital, como espaço potencial, é um lugar onde se vivenciam experiências transicionais. Nele se funda o lar de acordo com as necessidades constitutivas originárias da paciente.

Uma vez fundado o lugar, o hospital, para a paciente, implica estar em seu lugar, sua morada; relaciona-se com o sentido que a paciente tem de si mesma. Para ela, sair do hospital sem o seu bebê era abandonar sua morada, o que faz perder o sentido de si mesma ofertado pela modalidade clínica do *placement*.

3.1.5 O holding, o placement e o cotidiano

O cuidado, tanto pela mãe como pela equipe, é intenso, mas a rotina é instável e um cotidiano com muitas surpresas para a mãe e para o bebê. A mãe, em relação ao bebê, tenta compensar essa faceta do *holding* pela sustentação do bebê, tanto em seus braços como em sua memória, e pela oferta do ambiente do quarto. (Como se a organização do que é material tornasse presente um entorno sempre dirigido à vida do bebê). É a fundação de um espaço potencial, onde a mãe criava e recriava o bebê a cada descoberta de um fator complicador do quadro clínico.

Meu trabalho foi na perspectiva de auxiliar a construção de um cotidiano que pudesse significar cuidado, para que a paciente pudesse ter a experiência de confiança e de vir a ter um “eu sou”.

CAPÍTULO 4 – A IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA NO CASO CLÍNICO

Situar a identificação projetiva neste trabalho é apropriar-se da teoria kleiniana para compreender, em termos de relacionamento objetal, como o saber materno, amplamente descrito, é concebido como uma "sofisticada identificação" entre a mãe e o bebê no estado fusional.

Winnicott (1969), ao enfatizar a experiência de mutualidade como início da comunicação entre a mãe e o bebê, sinaliza a importância do estabelecimento do que ele denominou de "identificações cruzadas" (p. 198). Nelas, o autor considera justo o tema das identificações projetivas e introjetivas, embora não as destaque como o fez em relação ao aspecto comunicacional.

Para que possamos adentrar no terreno da identificação que vem a constituir um saber da mãe em relação ao seu bebê, trago à luz o conceito da "agressividade primária" proposta pelo autor em 1939. Algo que possa soar como desconhecido num campo no qual vicejam tarefas especializadas, sob respaldo de um aspecto amoroso em termos de cuidados físicos. O fato é que, para o autor, a agressividade primária é característica da natureza humana, podendo ser encontrada em todas as idades. Ela tem seu início antes do nascimento, pelas evoluções e movimentos bruscos do bebê, e são de caráter acidental. Em relação à mãe, a agressividade primária é sentida como cruel, dolorosa e perigosa. (Winnicott, 1939)

A crueldade do bebê pertence à época de dependência absoluta, quando ele não é capaz de reconhecer sua dependência em relação à mãe e nem seu amor cruel por ela. Por outro lado, pela crueldade do bebê, aflora o ódio na mãe. Contudo, ela não pode expressá-lo, pois o bebê mantém-se indiferenciado, não tendo consciência do outro como não-eu. Aqui a mãe saudável tolera seu sentimento de ódio contra o bebê e espera recompensas que virão mais tarde. (Winnicott, 1947a)

É sob o aspecto dessa não-diferenciação entre a mãe e o bebê em contexto de agressividade primária que tomo o conceito de "identificação projetiva" proposto por Melanie Klein em 1946, como aquela que Winnicott assinalara como sofisticada.

Para abordar a identificação projetiva é necessário enfocar a obra kleiniana como um marco metodológico referente à construção do conceito de "Posição". Klein denomina de "Posição" uma organização, e não uma fase ou etapa, embora tenha idéia de um tempo de desenvolvimento. Ou seja, ela abarca um estado do ego, as relações de objeto, as fantasias e as defesas. Kristeva (2002) vai se referir a um "sítio psíquico" (p. 81), que é capaz de mover-se a alternar-se, de modo a desafiar a cronologia.

A partir das novas descobertas de Klein, houve necessidade de elaborar outras compreensões sob a relação de objeto e do contexto dos mecanismos defensivos que assumem importância fundamental. Nesse sentido, Klein propõe o conceito de identificação projetiva como um dos mecanismos da posição esquizoparanóide.

A primeira apresentação do conceito foi em 1946, quando Klein concebeu a identificação projetiva como aquela que se constitui pela combinação de dois mecanismos defensivos: a clivagem e a projeção.

A clivagem é o primeiro mecanismo que opera a cisão em um objeto bom e outro mau, permitindo que a "mãe boa" se mantenha como tal, enquanto a "mãe má" seja eliminada pela projeção. A "mãe boa" é aquela cuja presença corresponde às necessidades do bebê; a "mãe má" é aquela ausente. Aqui não há vizinhos, há um plenamente bom e um plenamente mau. Com isso, há o incremento das qualidades destrutivas do objeto mau.

Klein (1946) refere-se à negação e à busca de aniquilamento do objeto mau e, com ele, de uma parte do ego que é fonte dos sentimentos destrutivos pelo objeto. Segundo Kristeva (2004), "negar a dor e a frustração é querer fomentar de modo onipotente a realidade" (p. 113). E é por esse viés que se cria um estado alucinatório de onipotência de

objetos e situações ideais e morte de objetos maus. Para isso, há dois ataques: um sugar devorador que visa à incorporação do corpo da mãe, como que exaurindo tudo o que há de bom, e outro derivado dos impulsos anais e uretrais que visa à expulsão dos conteúdos destrutivos para o interior da mãe. (Klein, 1946 e 1952)

A parte do ego, aquela que é má, é fantasisticamente projetada para o interior do corpo materno de modo a controlá-lo. Segundo a autora,

esses excrementos e essas partes más do *self* são usados não apenas para danificar, mas também para controlar e tomar posse do objeto. Na medida em que a mãe passa a conter as partes más do *self*, ela não é sentida como um indivíduo separado, e sim como sendo um *self* mau. (Klein, 1946, p. 27)

Logo, a identificação projetiva descreve uma forma particular de identificação advinda da projeção das partes destrutivas do ego para dentro do objeto (introjeção), a fim de controlar e de danificar esse objeto que se tornou perseguidor. Isso naturaliza o conceito perseguidor, pois no objeto mau há partes do próprio ego que se caracterizam em sua indiscriminação entre ele mesmo e o objeto.

Segundo Petot (1988), o elemento identificatório da identificação projetiva advém essencialmente da confusão entre o ego e o objeto: “A natureza confusional da identificação projetiva deriva, portanto, da indistinção primitiva entre o ego e o outro” (p. 128). O autor enfatiza, ainda, que as “boas” formas de identificação projetiva criam uma união fusional com o objeto mais do que uma relação objetual que implique o reconhecimento de alteridade do objeto.

Se resgarmos o caso clínico, é exatamente aqui que se consolida de modo tácito o saber materno em relação ao bebê. Esse saber, definitivamente, constrói-se pela superposição entre o eu (mãe) e o objeto (bebê), no qual não há espaço para um

questionamento, pois há uma certeza garantida pelo aspecto confusional entre o eu e o objeto, assegurados por uma incisiva união entre ambos.

Klein ressalta, ainda, que não só partes más do ego são projetadas, mas também partes boas. Os excrementos expelidos pelo bebê para a sua mãe estão presentes e correspondem a substitutos amorosos. Entretanto, há um *quantum* de projeção dessas partes boas, pois, se excessivas, há um aspecto patológico como que oriundo das perdas das próprias qualidades, resultando em uma idealização e conseqüente enfraquecimento e empobrecimento do ego. (Klein, 1946)

No caso clínico, retomo o aspecto excessivo das identificações projetivas, no momento em que a paciente afirma que era como se fosse ela mesma que estivesse sentindo o que o bebê sentia em sua doença. A dor do bebê é a dor dela; ela solicita ser medicada para aliviar sua dor e a do bebê. A paciente enfatiza que o sofrimento dela parecia não ter mais fim, de modo a não suportá-lo mais. Nota-se uma dependência absoluta e um imenso enfraquecimento do ego, levado até as últimas conseqüências representada pela morte do bebê.

Uma vez a identificação projetiva em seu excesso, o ego enfraquecido compõe o estado de preocupação materna primária de modo precário, não sendo a mãe suficiente em sua dedicação, além de ser reduzida ou anulada sua possibilidade de corresponder a algum tipo de necessidade do bebê. Nesse sentido, o saber materno encontra-se em processo de dissolução. A mãe deixará para o saber técnico profissionalizado o que antes fazia com extrema competência.

Retomando Klein (1959), a identificação projetiva passa a ter um enfoque mais positivo, para além de um protótipo de uma relação objeto agressiva. A autora atribui a identificação projetiva como base para o surgimento da empatia, confiança e estabelecimentos de bons vínculos com o outro. Nas palavras de Klein,

quando a necessidade persecutória é menos intensa e a projeção atribuí a outros fundamentalmente bons sentimentos, tornando-os assim a base da empatia, a resposta do mundo externo é muito diferente. Todos nós conhecemos pessoas que têm a capacidade de ser queridas. Temos a impressão de que elas têm alguma confiança em nós, e isso evoca um sentimento amistoso de nossa parte. Não estou falando de pessoas que tentam fazer-se populares de maneira insincera. Ao contrário, eu acredito que são pessoas genuínas e corajosas por suas convicções que são, a longo prazo, respeitadas e mesmo queridas. (Klein, 1959, p. 292)

A empatia, segundo Safra (2006, novembro), é um fenômeno originário que se dá por experiências com qualidades estéticas. Ou seja, a empatia, na compreensão do autor, é uma função corporal que tem em sua condição originária, a inerente capacidade de abertura para o outro. Para ele, é por esta abertura que o ser humano pode ser afetado pelo outro de modo a apreender e desvelar os sentidos que acometem o seu si mesmo. Trata-se de “ser com o outro” e “sentir com o outro”, antes mesmo de apenas “ser”.

Safra (2006a) ao trabalhar o tema empatia desenvolvido pela filósofa Edith Stein, cita: “Para essa autora a empatia é a possibilidade que temos de acompanhar o circuito da sensibilidade do outro” (p.47). Para ele, a fundamentação do fenômeno empatia pela autora, refere-se à possibilidade de acompanhar a corporiedade do outro que aparece em nosso próprio corpo, de forma a compor um mesmo circuito. A partir disto “podemos compreender os sentimentos dos nossos analisando através do que nos apresentam, se também os acompanharmos por meio de nossa sensibilidade corporal” (p.47).

O enfoque positivado da identificação projetiva para Baranger (1981) provém da modificação do conceito de clivagem. Uma clivagem que se produz sobre o domínio do amor e o objeto bom não resulta em fragmentação, tampouco em dispersão; as partes clivadas do ego são mais coerentes entre si e mais facilmente desligáveis do objeto. Desse modo, o ego permite receber amor de outras fontes externas, ao mesmo tempo em que pode recuperar seu

objeto e suas partes boas nele localizadas. Há maior equilíbrio entre o dar e receber que gera o fortalecimento e o enriquecimento do ego.

No caso clínico, a empatia como forma de identificação projetiva está estreitamente vinculada às experiências da mãe na interação com seu bebê, rumo à satisfação e à integração do ego. Percebe-se que a empatia é fonte "sofisticada" que assegura o saber materno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retorno às frases maternas em tempos finais de atendimento para focar o trabalho clínico realizado em contexto de UTI neonatal. *A. nós te amamos* e *Compartilhamos nossas experiências durante este tempo todo, agora vamos nos separar* são as expressões que traduzem a metodologia deste trabalho, bem como o manejo que nele se encerra.

Em relação à metodologia, compartilhar experiências a três – eu, mãe e bebê – faz ressaltar a importância de um fazer clínico que, sob situação transferencial, é tomado pelas "interações fantasmáticas" que nos abrem perspectivas para a compreensão da especificidade dimensão comportamental, intersubjetiva (imaginária) e intrapessoal (fantasmática) estabelecida nas interações mãe-bebê. Compartilho as idéias de Lebovici (1987) a respeito da existência das três crianças propostas por ele (criança real, criança imaginária e a criança fantasmática). Para o clínico poder senti-las, vê-las ou escutá-las, por intermédio da mãe ou delas mesmas, constitui uma clínica baseada na interação. Essa é uma clínica extremamente considerável em contexto de UTI neonatal no qual a interpretação tem seu valor reduzido.

Aproprio-me do termo “consultas terapêuticas” denominado por Winnicott (1971) para frisar o valor das experiências vivenciadas pela tríade (mãe, bebê, e eu) em detrimento do aspecto interpretativo. Para o autor, as entrevistas que constituem as consultas terapêuticas delineiam o sentimento de ser compreendido pela comunicação estabelecida pela confiança entre o clínico e o paciente, a fim de manter a esperança de ser compreendido e até mesmo de ser ajudado. (Winnicott, 1971)

Reporto uma passagem da construção do caso, marcada pela *ajuda* diferenciada do clínico que faz *soltar a língua e o coração* da paciente. Esta passagem abrange explicitamente a aplicabilidade das consultas terapêuticas em contexto de UTI neonatal. A imprevisibilidade de acontecimentos nesse contexto, configura uma situação clínica

caracterizada pela peculiaridade e especificidade dos encontros. Em cada um deles viceja o estabelecimento da confiança preconizadora da esperança que; representada pelo clínico, vem sustentar o anseio das mães por si mesmo, de modo a modificar as fantasias projetadas no bebê em meio das adversidades decorrentes do contexto em questão. Sendo assim, afirmo que a consulta terapêutica é uma modalidade possível de trabalho clínico em UTI neonatal. Isto posto, amplia a aplicabilidade das consultas terapêuticas que ora apresenta-se associada a psiquiatria infantil, em Winnicott (1971), ora compõe indicações para quadros de distúrbios funcionais nos bebês e nas crianças (distúrbios do sono e do apetite), em Lebovici (1999).

Quanto à versão amorosa enunciada pela fala materna acima, há um amor que desigmo ser a base do existir humano. Em Winnicott ([s.n.]) o amor, fundamentalmente, se expressa em termos físicos. Para ele, esse amor é aquele expresso pela capacidade de cuidado, como nas concepções do *handling* e do *holding*. Esse amor que confirmo com o pensamento de Safra (2006a), é uma posição, na qual está o cuidado em sua versão amorosa, bem como os sentimentos de ódio da mãe em relação ao seu bebê.

Na frase, é como se enunciasse: *A. nós fomos cuidados, odiados, sustentados e tivemos um lugar*. Com isso, afirmo que a concepção do manejo se constituiu a três (eu, mãe, bebê), com base nas necessidades específicas da díade. O *holding*, como *setting* extremamente vivaz, composto em sua materialidade transpassada por fenômenos transicionais, é capaz de fornecer aspectos constitutivos à mãe, pelas experiências que ela vivencia em minha presença. É uma experiência que é sustentada pelo clínico e que também se modifica a cada encontro.

Como encontro experiencial, o *placement* vem ampliar e enriquecer o *holding* como manejo. O *placement* oferta um lugar na dimensão do espaço hospitalar. Ou seja, a fundação de um lugar que foi criado para que questões originárias da paciente pudessem ser contempladas no espaço potencial do hospital. O curioso é que em um contexto de UTI neonatal temos a urgência que caracteriza um tempo em proeminência. Embora o *placement*

necessite de um cotidiano, ele não é reduzido a este, tampouco localizável. Ele é criado pela experiência e, desse modo, é fundado pela vivência de cada um, de maneira a reservar-lhe suas próprias características; por isso pessoal. O lugar ofertado, na perspectiva de oferecer uma morada e/ou repouso, auxilia a fundar um lugar aparentado consigo mesmo.

Logo, adotando as palavras de Safra (2006a) no que se diz respeito ao conceito de amor como posição, amplio a perspectiva do *placement* e do *holding* como um "encontro amoroso", encontro muito bem apontado pela paciente.

Em relação ao saber materno que se desenvolve sob três pilares – "preocupação materna primária", "mãe devotada comum" e "mãe suficientemente boa" – teço algumas considerações. A constituição do saber materno em contexto de UTI neonatal traz algumas especificidades sobre o que é vivenciado no cotidiano materno. Primeiramente, o estado de preocupação materna primária apresenta-se de modo ampliado, pois é preciso levar em consideração o quadro clínico do bebê, que coloca em xeque a mãe devotada em sua tarefa. Ela poderá colar-se no quadro clínico do bebê e não trazer em si mesma possibilidade de oferecer-lhe suficientemente bem um ambiente especializado. Aqui, a mãe poderá entregar sua tarefa à equipe para só depois dedicar-se a ele. Com isso estende-se o estado de preocupação materna primária.

O primordial é que, concomitantemente às intervenções médicas, a mãe encontre condições para ir ao encontro das necessidades do bebê. No caso clínico, temos a clarividência da duplicidade de seu adaptar: ela "se adapta". Isto é, ela se adapta às necessidades do bebê, uma vez que proporciona um ambiente compatível para ele, bem como se adapta para o seu desempenho suficientemente bom. Seria o que Winnicott ([s.n.]) propôs como "adaptação ativa" da mãe que, no caso clínico, inaugura outra função para o seio materno de modo amplamente inovador. É o seio sustentador não pelo leite que ele contém,

mas sustentador em seu porte físico dotado de um toque, calor e cheiro materno mantenedores de um bom holding que oferta o mundo ao bebê.

Com a finalidade de abordar o que assegura o saber materno, trago o conceito de *holding* materno (incluindo nele o *handlig*). No caso clínico, para o *holding* bem-sucedido houve sempre a figura de um terceiro, seja a equipe médica, seja o pai, seja o padrinho. Confirmando com o pensamento de Winnicott (1960) de que não há *holding* sem a figura de um terceiro que proteja a mãe, pois o *holding* é a oferta de mundo ao bebê por ela. E sabemos, na saúde, que ela sempre está ofertando um mundo, um terceiro para ao mesmo tempo encontrar uma proteção para exercer seu saber em forma de cuidado.

Sobre o saber materno, demarco que ele está estritamente vinculado à construção de um objeto subjetivo. Na terceira área (área da experiência, espaço potencial) proposta por Winnicott (1971), o objeto subjetivo é criado sobre as bases de identificação da mãe com seu bebê. Para Winnicott (1969), não se trata de qualquer identificação, mas aquela que, de modo cruzado, se esclarece pela sua sofisticação, a saber, a identificação projetiva proposta por Klein. A partir desta, por meio de seus mecanismos de clivagem e projeção, estabelece-se na pessoa mesma o preceito de sua verdade, constituindo o seu saber. Compartilho a idéia de Petot (1988) no que se refere à natureza confusional entre o ego e o outro da identificação projetiva, uma vez que essa natureza é extremamente benéfica à mãe e ao bebê, pois é valiosa produção de um saber tácito que se estabelece na relação entre ambos.

Faço, nestas considerações, uma digressão ao título deste trabalho: *O que meu bebê (não) tem! Explorações psicanalíticas de um caso clínico em UTI neonatal*. Inicialmente, há nele uma frase em seu modo exclamativo. Em exclamações há possibilidade de atribuições de sentido no que tange às entonações de um sujeito. Aliado ao sinal de exclamação, temos o parêntese, acrescido da partícula de negação. Aqui, o que quero ressaltar é que a fala materna, transcrita em uma frase inicial do título, repercute em si mesma a

indicação de um trabalho clínico realizado mediante explorações psicanalíticas concernentes à construção do caso clínico apresentado.

O título é a reverberação de um trabalho de psicanálise presente nesta dissertação. O termo "reverberação" é aqui correlato de um trabalho psicanalítico que se movimenta em sua fundamentação teórica e clínica, capaz de retroalimentar, em seu retorno, algo que Safra (2006a) nos aborda como registro ôntico e ontológico:

O registro ôntico refere-se aos fatos da existência humana, enquanto o registro ontológico diz respeito às estruturas *a priori* que definem as possibilidades realizadas em cada existência humana. O homem, está colocado desde sempre frente a questão do ser. Na verdade ele é o ente que questiona o ser, de maneira que esta questão é sua estrutura constitutiva fundamental. Ela é portanto ontológica (p. 22).

Isso equivale a dizer que a situação clínica, ensejada pelo manejo proposto a concepção de *holding* e *placement*, permite que a mãe, originariamente, coloque em questão a necessidade que tem diante de si mesma como ser humano. Ela se move em meio aos acontecimentos de sua vida (registro ôntico) e, ao mesmo tempo, sua própria condição originária lhe revela os fundamentos de si (registro ontológico).

Confirmando com Safra (2004b) que interrogar é “condição fundamental ao *ethos* humano” (p. 148) e que “a questão originária é o elemento que move qualquer processo psicanalítico” (p. 148). Também acrescento às palavras do autor que, na ausência de uma explícita interrogativa como questão, formula-se uma exclamativa operadora de questões fundamentais referentes ao ser humano. A fala materna, em seu vigor exclamativo, expressa uma avidez de sentido, seja no âmbito do singular, seja no do universal, como que uma interrogação.

Nessa direção, o que está em jogo é como se dá a construção da formulação originária, peculiar a cada pessoa e, ao mesmo tempo, atravessada pela humanidade (Safra,

2004b). Assim, afirmo que o ser humano pode acessar em si mesmo suas formulações originárias que podem ser expressas pelo aspecto interrogativo, exclamativo e, quem sabe, afirmativo em seu modo peculiar de existir no mundo.

“Há um momento bastante importante na vida de alguém no processo analítico, se bem-sucedido, que ocorre quando uma pessoa se acolhe e se assenta na questão que a singulariza.” (Safra, 2004b, p. 83)

Assim, a questão originária formulada pela expressão exclamativa “O que meu bebê (não) tem!” reatualiza o registro ontológico no sentido de fazer imperar uma ontologia formulada pela própria pessoa, de modo a tentar responder o que nela habita e que a constitui. Trata-se da experiência de ser atravessada pelo que não pode ser classificado como consciente ou inconsciente, por meio da qual se apropria um saber. É um saber que ocorre na terceira área proposta por Winnicott (1971), denominada área da experiência, espaço potencial, em que o sujeito é transcendência. Isso significa estar em si mesmo e, ao mesmo tempo, estar para mais além. “O inevitável é que o ser humano é transcendência, ele é aberto tanto a um outro para além de si, como para um Outro em si.” (Safra, 2006a, p.25)

Nota-se, então, que na fala da mãe no tocante à sua exclamativa questão originária viceja a ontologia materna formulada em ares transcendentais. Há pressuposto para que "vários bebês" possam emergir da questão primordial originária materna, da qual afloram: o bebê que é carregado pelos braços materno em suas três dimensões (bebê real, bebê imaginário e bebê fantasiado); o bebê interno que habita o corpo materno, capaz de formular, em sua singularidade, aquilo que lhe foi outorgado transgeracionalmente; o bebê que também, interno ao corpo materno, acontece cotidianamente, em seu gesto criativo, uma vez acolhido e hospedado. Esse bebê posiciona-se a cada momento, destinando-se alcançar respostas a cada experiência que o atravessa.

No que tange às idéias de Costa (2003), “o uso de determinadas expressões lingüísticas produzem certos efeitos e conseqüências em uma determinada situação” (p.117). Aproprio-me dessa afirmação, pois o contexto da qual ingressa a produção da fala materna emite uma mensagem que encerra em si mesma a questão originária.

Uma vez que da questão originária constrói-se o início do título deste trabalho, seria mera pretensão, ou talvez possível, que a fala/mensagem possa vir denominar uma expressão atribuída de sentido próprio, no que concerne à mãe em exercício do seu saber. Ou seja, *o que meu bebê não tem* como proposição de um termo vinculado à produção de um saber que atravessa a relação mãe e bebê.

Para finalizar, proponho perspectivas futuras ensejadas pela realização deste trabalho. Em contexto hospitalar, abordo a mobilidade do clínico como um fator necessário para a realização do acompanhamento do paciente. Julgo importante maior flexibilidade de tal contexto para que seja considerada a continuidade do trabalho clínico, independente do local onde ele se realiza. Quanto à pesquisa, asseguro uma investigação mais minuciosa acerca do estado de “preocupação materna primária” em contexto de UTI neonatal, uma vez que há peculiaridades no saber materno, mediante as adversidades deste contexto. Também, designo ser possível, o desenvolvimento do termo *placement* como uma modalidade de intervenção clínica em UTI neonatal. É fundamental que as mães presentes neste contexto possam vir a formular suas questões originárias para que no espaço hospitalar, possam encontrar uma continuidade, uma morada e um repouso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E VIDEOGRÁFICAS

- Abram, J. (1996). *A linguagem de Winnicott. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- Araújo, S. B. (2006). *Pai, aproxima de mim esse cálice: significações de juízes e promotores sobre a função paterna no contexto da justiça*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Baranger, W. (1981). Os processos defensivos na obra de Melanie Klein. In: W. Baranger. *Posição e objeto na obra de Melanie Klein*. (Maria Nestrorsky Folberg, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1981, cap. 7, p. 117-214.
- Braga, N. A., Morsh, D. S. (2003). Os primeiros dias na UTI neonatal. In: N. A. Braga, D. S. Morsh. *Quando a vida começa diferente: o bebê e a sua família em UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, cap. 5, p. 51-68.
- Celes, L. A. (2000). Da psicanálise à metapsicologia: uma reflexão metodológica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, v. 13, n. 133, p. 7-17.
- Chatelard, D. S. (2004). Algumas considerações acerca de uma experiência hospitalar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 349-357.
- Costa, I. I. (2003). A linguagem ordinária, os atos da fala e esquizofrenia. In: I. I. Costa. *Ética, linguagem e sofrimento*. Brasília: Abrafipp, 2003, p. 95-129.
- Duron, C. (1999). Ajuda ao bebê e seus pais em terapia intensiva neonatal. In: Wanderley, D. B. (Org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Álgama, 1999.
- Klein, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. (Liana P. Chaves, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1991, cap. 1, p. 20-43.

- Klein, M. (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. (Liana P. Chaves, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1991, cap. 6, p. 93-127.
- Klein, M. (1959). O mundo adulto e suas raízes na infância. In: M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. (Liana P. Chaves, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1991, cap. 12, p. 281-297.
- Kristeva, J. (2002). Prioridade e interioridade do outro e do vínculo: o bebê nasce com seus objetos. In: J. Kristeva. *O gênio feminino: a vida, a loucura e as palavras*. Rio de Janeiro: Imago, 2002, cap. 3, p. 73-98.
- Kristeva, J. (2004). Pequena constituição da história dos sistemas kleinianos. In: J. Kristeva. *Melanie Klein: estilo e pensamento*. São Paulo: Escuta, 2004, cap. 4, p. 59-146.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. (Francisco Vidal, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1999). As consultas psicoterápicas. In: A. Guedeney, S. Lebovici. *Intervenções psicoterápicas pais/bebês*. (Patrícia Chittoni Ramos, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Lebovici, S., Casreréde, M. F. (1992). *A infância reencontrada: uma vida em psicanálise*. (Omar Rodolfo Marcelino Alves Dias, trad.). Portugal: Instituto Piaget.
- Lebovici, S., Solis-Ponton, L., Menendez, J. M. B. (2004). A árvore da vida ou a empatia metaforizante, o *enactment*. In: L. Solis-Ponton. (Org.). *Ser pai e ser mãe: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lebovici, S., Soulé, M. (1980). Algumas reflexões a respeito da observação direta da criança pequena pelos psicanalistas. In: S. Lebovici, M. Soulé. *O conhecimento da criança pela psicanálise*. (Sulema Werneck Pereira, trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Mazet, P. (2002). Contribuição da observação das interações precoces à compreensão das primeiras relações pais-bebês. In: L. Corrêa Filho (Org.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos de vida: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: L. G. E.

- Mijjola, A. (2005). *Dicionário internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. (Álvaro Cabral, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- Petot, J. M. (1988). A psicologia dos mecanismos esquizóides. In: J. M. Petot. *Melanie Klein II: o ego e o bom objeto (1932-1960)*. São Paulo: Perspectiva, 1988, cap. 9, p. 115-128.
- Safra, G. (1994). Pesquisa com material clínico. *Psicanálise e Universidade*, n. 1, p. 51-72.
- Safra, G. (2001). Investigação em psicanálise na universidade. *Psicologia USP*, v. 12, n. 2, p. 171-175.
- Safra, G. (2004a). *Investigação em psicanálise*. (DVD – VÍDEO). Série: Mini-curso de Gilberto Safra. Mini-curso realizado em 02/10/2004. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2004, 2 DVDSs, (194 min).
- Safra, G. (2004b). O tempo e o gesto criativo. In: G. Safra. *A poética na clínica contemporânea*. São Paulo: Idéias e Letras, 2004, cap. 3, p. 76-114.
- Safra, G. (2006a). *Hermenêutica na situação clínica*. São Paulo: Sobornost.
- Safra, G. (2006b). *Placement: modelo clínico para acompanhamento terapêutico*. *Psychê*, São Paulo, ano 10, n. 18, p. 13-20.
- Safra, G. (2006, outubro). *A importância do lugar*. (DVD- VÍDEO). Curso PROFOCO 2006 – Situação clínica e mal estar contemporâneo. Curso ministrado em 21/10/2006. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2006, 3 DVDSs, (199mim).
- Safra, G. (2006, novembro). *A dimensão do espírito no ser humano*. (DVD- VÍDEO). Série: Contribuições dos filósofos para a prática clínica. Aula ministrada no LET (Laboratório de Estudos da Transicionalidade) em 11/11/2006. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2006, 2 DVDSs, (109mim).
- Safra, G. (2007, março). *Transferência: o estar diante, o estar em, estar com*. (DVD- VÍDEO) Curso PRFOCO 2007 – Da técnica à ética. Curso ministrado em 21/04/2007. São Paulo: Realização Edições Sobornost, 2007, 4 DVDSs, (355mim).

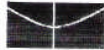
- Scheinkman, D. (1995). O tratamento do objeto do olhar fora da psicanálise: dois exemplos. In: D. Scheinkman. *Da pulsão escópica ao olhar: um percurso. Uma esquizo*. (Vera Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro, Imago, 1995, cap. 4, p. 75-109.
- Tafuri, M. I. (2003). O analista não intérprete. In: M. I. Tafuri. *Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento da criança autista*. Brasília: Abrafipp, 2003, cap. 6, p. 205-241.
- Winnicott, D. W. ([s.n]). Mais idéias sobre os bebês como pessoas. In: D. W. Winnicott. *A criança e o seu mundo*. (Álvaro Cabral, trad.). Rio de Janeiro: Zahar, 1985, cap. 13, p. 95-103.
- Winnicott, D. W. (1939). Agressão e suas raízes. In: D. W. Winnicott. *Privação e delinqüência*. (Álvaro Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2005, cap. 10, p. 93-110.
- Winnicott, D. W. (1945a). Amamentação. In: D. W. Winnicott. *A criança e o seu mundo*. (Álvaro Cabral, trad.). Rio de Janeiro: Zahar, 1985, cap. 8, p. 55-63.
- Winnicott, D. W. (1945b). E o pai? In: D. W. Winnicott. *A criança e o seu mundo*. (Álvaro Cabral trad.). Rio de Janeiro: Zahar, 1985, cap. 17, p. 127-133.
- Winnicott, D. W. (1947a). O ódio na contratransferência. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (Davy Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 15, p. 277-287.
- Winnicott, D. W. (1947b). Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In: D. W. Winnicott. *Privação e delinqüência*. (Álvaro Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2005, cap. 8, p. 59-80.
- Winnicott, D. W. (1948). Alojamento para crianças em tempo de guerra e paz. In: D. W. Winnicott. *Privação e delinqüência*. (Álvaro Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2005, cap. 9, p. 80-86.
- Winnicott, D. W. (1949). O mundo em pequenas doses. In: D. W. Winnicott. *A criança e o seu mundo*. (Álvaro Cabral, trad.). Rio de Janeiro: Zahar, 1985, cap. 10, p. 76-82.
- Winnicott, D. W. (1950). Saber e aprender. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães*. (Jerfferson Luiz Camargo, trad.). São Paulo: Martins Fontes, cap. 2, p. 13-18.

- Winnicott, D. W. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (Davy Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 18, p. 316-331.
- Winnicott, D. W. (1953). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação*. (Irineo Constantino Schuch Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, cap. 17, p. 162-174.
- Winnicott, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (Davy Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 22, p. 374-398.
- Winnicott, D. W. (1955). Influências de grupo e a criança desajustada. Aspecto escolar. In: D. W. Winnicott. *A família e o desenvolvimento individual*. (Marcelo Brandão Cipolla, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2005, cap. 17, p. 213-225.
- Winnicott, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (Davy Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 24, p. 399-405. .
- Winnicott, D. W. (1958). A capacidade de estar só. In: D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação*. (Irineo Constantino Schuch Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, cap. 3, p. 31-54.
- Winnicott, D. W. (1959). O destino do objeto transicional. In: C. Winnicot, R. Shepherd, M. Davis (Org.). *Explorações psicanalíticas*. (José Octávio de Aguiar Abreu, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, cap. 11, p. 44-48.
- Winnicott, D. W. (1960). Teoria do relacionamento paterno infantil. In: D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação*. (Irineo Constantino Schuch Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, cap. 3, p. 39-54.
- Winnicott, D. W. (1962). Provisão ambiental para a criança na saúde e na crise. In: D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação*. (Irineo Constantino Schuch Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, cap. 5, p. 62-69.
- Winnicott, D. W. (1966). A mãe dedicada comum. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães*. (Jefferson Luiz Camargo, trad.). São Paulo: Martins Fontes, cap. 1, p. 1-11.

- Winnicott, D. W. (1967a). A localização da experiência cultural. In: D. W. Winnicott. *O brincar e a realidade*. (José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1975, cap. 7, p. 133-143.
- Winnicott, D. W. (1967b). O ambiente saudável na infância. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães*. (Jerfferson Luiz Camargo, trad.). São Paulo: Martins Fontes, cap. 6, p. 51-59.
- Winnicott, D. W. (1968). A amamentação como forma de comunicação. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães*. (Jerfferson Luiz Camargo, trad.). São Paulo: Martins Fontes, cap. 3, p. 19-27.
- Winnicott, D. W. (1969). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: C. Winnicot, R. Shepherd, M. Davis (Org.). *Explorações psicanalíticas*. (José Octávio de Aguiar Abreu, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, cap. 36, p. 195-202.
- Winnicott, D. W. (1970). Sobre as bases do *self* no corpo In: C. Winnicot, R. Shepherd, M. Davis (Org.). *Explorações psicanalíticas*. (José Octávio de Aguiar Abreu, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, cap. 37, p. 203-210.
- Winnicott, D. W. (1971a). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. (Joseti Marques Xisto Cunha, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- Winnicott, D. W. (1971b). *O brincar e a realidade*. (José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza humana*. (Davi Litman Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

ANEXOS

Anexo 1



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: 058/2008

CAAE: 0060.0.012.012-08

Título do Projeto: A Capacidade Psíquica Materna face Prematuridade e Síndrome do Bebê

Pesquisadora Responsável: Ana Carolina Diniz

Data de entrada: 28/05/2008

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 058/2008 com o título: “A Capacidade Psíquica Materna face Prematuridade e Síndrome do Bebê”, analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 10 de Junho de 2008.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 27 de Junho de 2008.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada A capacidade psíquica materna face prematuridade e síndrome do bebê. O estudo será realizado pela pesquisadora Ana Carolina Diniz, psicóloga clínica e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PsiCC), do Departamento de Psicologia Clínica, vinculado ao Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof^{ra}. Maria Izabel Tafuri, doutora.

O objetivo da pesquisa é investigar e discutir a respeito da capacidade materna mediante ao bebê prematuro e portador de síndrome, internados em ambiente hospitalar. Justifica-se por se julgar necessário apreender a constituição psíquica através do modo da interação mãe-bebê, onde são estabelecidos os vínculos primordiais que fundamentam a constituição do psiquismo de ambos.

Para que isso seja possível, deverá ser utilizado o procedimento de análise do material clínico advindo do atendimento psicoterápico realizado durante os cinco meses, com a periodicidade de 2 (dois) a 3 (três) encontros semanais. Posteriormente segue-se a construção do caso clínico e o corpo teórico que constituirão a pesquisa, devidamente explicitadas em tese de dissertação de mestrado.

Acredita-se que a pesquisa não acarreta riscos, mas traz benefícios. O relato do material clínico manterá a omissão dos elementos que possam identificar os participantes, bem como a utilização de nomes fictícios. Por outro lado, os benefícios são amplamente consideráveis: refere-se a um atendimento clínico, em que a profissional psicóloga realiza um acompanhamento individualizado e sistematizado.

A participante poderá interromper sua participação a qualquer momento, assim como retirar seu consentimento, se for de sua vontade. Os resultados serão divulgados por meios onde a referida dissertação de mestrado for publicada.

A participante terá liberdade para entrar em contato com a pesquisadora a fim de obter qualquer tipo de explicação, pedir indicação de ajuda profissional caso julgue necessário e/ou para obter informações sobre o andamento da pesquisa.

Afirmamos o caráter confidencial e sigiloso de qualquer informação prestada por parte da participante na feitura desta pesquisa. E, ainda, que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias, uma para a guarda da (s) pesquisadora (s) e outra para a participante-colaboradora deste.

Eu, _____ declaro que aceito participar voluntariamente desta pesquisa. Afirmo ainda, que autorizo a utilização das informações prestadas por mim para este estudo.

Brasília, ____ de _____ de 2008.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Pesquisadoras responsáveis pela pesquisa:

Ana Carolina Diniz (Psicóloga CRP 01/ 10453 – Mestranda da UnB 07/15841)
Telefone: (61) 92517903 / e-mail: anacadiniz@gmail.com, acdiniz@oi.com.br

Maria Izabel Tafuri (Professora de psicologia da UnB – Orientadora)
Telefone: (61) 33072625 – Ramal 315 / e-mail: mitafuri@unb.br
End.: Departamento de Psicologia Clínica, ICC Sul, UnB.

Comitê de Ética em Pesquisa*:

Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde / UnB
Telefone: (61) 33073799 / e-mail: cepfs@unb.br

*Para consultas em relação à aprovação deste projeto de pesquisa