

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDOS E PESQUISAS PSICOSSOCIAIS  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE EMOCIONAL AOS PAIS DE  
BEBÊS INTERNADOS NUM CTI PEDIÁTRICO  
ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS DE UM TRABALHO COM GRUPOS

SARA ANGELA KISLANOV

FGV/ISOP/CPGP  
Praia de Botafogo, 190 - sala 1108  
Rio de Janeiro - Brasil

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDOS E PESQUISAS PSICOSSOCIAIS  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE EMOCIONAL AOS PAIS DE  
BEBÊS INTERNADOS NUM CTI PEDIÁTRICO  
ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS DE UM TRABALHO COM GRUPOS

por

SARA ANGELA KISLANOV

Dissertação submetida como requisito parcial para obten  
ção do grau de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 19 de abril de 1983.

- E certamente não se segue que pelo fato de um bebê não poder expressar sentimentos de um modo que compreendamos, ele não tenha nenhum.

Joan Riviêre

- O que caracteriza a situação de angústia é a impossibilidade para o indivíduo de utilizar a palavra como mediadora. Quando consegue traduzir o que sente em palabras, já não há verdadeiramente angústia: pode estabelecer-se uma comunicação.

Maud Mannoni

## A G R A D E C I M E N T O S

À Professora Maria Luiza Seminério pelo carinho ,  
disponibilidade, bom humor e interesse com que orientou este  
trabalho.

À Pediatria do Hospital dos Servidores do Estado  
do Rio de Janeiro, e, em especial à equipe do CETIP pela acei-  
tação e permissão para a realização do trabalho, assim como  
às minhas colegas psicólogas desse Hospital.

À Mariza Campos da Paz, amiga querida e que comigo  
iniciou o trabalho com Grupos.

A todos os que me incentivaram para o início e rea-  
lização do trabalho, principalmente às amigas Berenice Macha-  
do Frões, Ana Lúcia Faria e Marly Dias e, em especial à Ninon  
que o revisou com profissionalismo e amor.

À Eloisa, Maria Clara e Débora da FGV/ISOP/CPGP ,  
pelo incentivo e carinho oferecidos durante a realização do  
trabalho.

Ao Sérgio sem o qual talvez o trabalho não tivesse  
sido terminado..

## R E S U M O

Este trabalho, realizado num hospital, apresenta uma prática de Grupo com pais de bebês internados em Centro de Tratamento Intensivo. Tal prática visa basicamente o atendi - mento aos pais no sentido de lhes oferecer as condições neces - sárias para a manutenção e preservação do vínculo afetivo be - bê-pais, e consequentemente aceitação deste bebê doente, tan - to durante o período de internação como também após sua alta. Visa, portanto, revelar a importância de um suporte emocional aos pais de tais bebês, sem o que, acredita-se, dificilmente tais pais teriam condições de superar a situação de crise emo - cional por que passam diante do nascimento de um filho doente ou que adoece logo ao nascer.

O trabalho com os Grupos realiza-se uma vez por se - mana, tendo a duração de uma hora. A coordenação destes gru - pos é feita em co-terapia por um médico pediatra e um psicólo - go. Baseia-se na livre expressão dos participantes, e tanto o médico quanto o psicólogo, oferecem informações sobre o es - tado de saúde do bebê ao mesmo tempo em que buscam compreen - der na fala dos pais os aspectos emocionais nela subentendi - dos.

Essencialmente, tornaram-se temas centrais deste trabalho os que dizem respeito à ligação afetiva dos pais com

o bebê, aos sentimentos de culpa pela doença do mesmo e os relativos à preocupação dos pais com o desenvolvimento futuro de seu filho. Os referidos temas foram denominados com os seguintes títulos: Vínculos e Separações, Sentimentos de Culpa e O Espaço da Criança, e neles foram abordados os aspectos teóricos de cada questão, visando uma melhor compreensão das ansiedades dos pais e na esperança de fornecer suporte emocional aos mesmos, a fim de que possam melhor amparar seus filhos.

## S U M M A R Y

The research work for this paper was done in a hospital with a group of parents whose babies were being treated at the Intensive Care Center. This practice is basically concerned with the assistance rendered to the parents in offering them the necessary conditions to maintain and hold the affective attachment between parents and child and, consequently, the acceptance of a sick baby during the stay at the hospital as well as after discharge. Therefore, its aim is to also point out the importance of the emotional support extended to the parents of those infants, without which it is believed it would be difficult for those parents to overcome the emotional crisis caused by the birth of a sick baby or one who becomes sick right after it is born.

The work carried out with the groups is held once a week and the session lasts one hour. These groups are coordinated in co-therapy by one pediatrician and one psychologist. It is based on spontaneous participation and the doctor as well as the psychologist give information on the babies' health conditions and, at the same time try to learn from the parents' expressions the unrevealed emotional aspects implied.

Essentially, the central topics of this paper are the concern with the affective attachment between the parents and their babies, the guilt feelings with relation to the babies 'condition and the parents'preoccupation with the babies ' future development. These topics were studied under the following titles: Attachments and Losses; Guilt Feelings; and the Child's Own World. The theoretical aspects of each subject were also dealt with in order to reach a better understanding of the parents ' feelings of anxiety, hoping to extend emotional support to them so that they may be able to help their children.



## S U M Á R I O

Agradecimentos -----	iv
Resumo -----	v
Summary -----	vii
I - Introdução -----	01
II - A Prática de Grupo -----	05
III - A Fala dos Grupos -----	17
3.1 - Grupo 1 -----	17
3.2 - Grupo 2 -----	23
IV - Vínculos e Separações -----	28
V - Sentimentos de Culpa -----	56
VI - O Espaço da Criança -----	64
VII - Os Grupos - Reflexões e Avaliação -----	71
VIII- Conclusão -----	84
BIBLIOGRAFIA -----	88

## I - INTRODUÇÃO

Este trabalho procura revelar a importância de um atendimento aos pais de bebês portadores de patologias graves, e, que são precocemente isolados e separados de seus pais, para tratamento médico. Tem por objetivo preservar as condições necessárias à manutenção do vínculo pais-bebês e, possibilitar a aceitação deste filho, seja durante o período de internação como depois de sua alta. Para tal, propõe-se um atendimento em grupo que lhes ofereça a possibilidade de sentirem-se aceitos enquanto pais de bebês doentes e que os auxilie a encontrar recursos para suportar a doença e internação do filho, como também no sentido de poderem propiciar à criança um espaço próprio no ambiente familiar.

A experiência originou-se, fundamentalmente, a partir da prática com Grupos de Pais de bebês internados no Centro de Tratamento Intensivo da Pediatria do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Estes grupos iniciaram-se a partir de uma solicitação da equipe do referido Centro de Tratamento Intensivo, no sentido da realização de um trabalho que contribuisse para a diminuição da ansiedade dos pais. Essa ansiedade será aqui compreendida como decorrente de uma situação de desequilíbrio emocional ocasionada pela doença do bebê, frente à qual os pais encontram-se impotentes e incapazes de responder satisfatoriamente.

Para a formação dos grupos, foram considerados os

numerosos estudos sobre os efeitos negativos das separações precoces de pais e filhos e as conseqüentes dificuldades que tais separações acarretam para a organização e desenvolvimento da personalidade no ser humano.

O presente trabalho propõe, então, que seja aberto um espaço para a fala dos pais, uma vez que considera que o fundamental não é apenas a separação física em si, mas sim a ruptura de algo natural do ser humano, a possibilidade de contato, a comunicação, o diálogo entre pais e filhos. Em outras palavras, os efeitos negativos da separação estariam relacionados à impossibilidade do estabelecimento de uma comunicação entre pais e filhos e a utilização de elementos de uma língua estabelecida pela presença (vínculo) e ausência (separação), opostos considerados como necessários para a formação do vínculo afetivo no ser humano. Portanto, a idéia é que os Grupos recuperem tal comunicação, e sirvam como espaço alternativo para a mesma, possibilitando a preservação e manutenção do vínculo pais-bebê.

Em seguida, para melhor compreensão do trabalho prático com os grupos, são apresentados dois relatos dos mesmos.

A partir de uma compreensão dinâmica da fala dos grupos, realizou-se o trabalho que aqui se apresenta, sendo este, portanto, uma reflexão teórica sobre tal prática, o que contribui também para uma maior sistematização da mesma.

A reflexão teórica emergiu a partir da escuta dos pais, que possibilitou evidenciar os aspectos mais pregnantes e que desencadeavam maior ansiedade no processo emocional, que envolve e acompanha o nascimento e internação de um filho doente.

Os temas selecionados dizem respeito à formação do vínculo afetivo no ser humano, aos sentimentos de culpa e ao espaço da criança na família.

Para o desenvolvimento de tais temas foram apresentados como suporte teórico a contribuição de autores de orientação psicanalítica, entre os quais Freud, Bowlby, Spitz, Melanie Klein, Grinberg e outros, com respeito a diferentes aspectos dos temas mencionados.

A exposição teórica sobre Vínculos e Separações focaliza os principais aspectos e dificuldades para o estabelecimento do vínculo afetivo no ser humano, apontando como a separação do bebê de seu ambiente familiar impede a interação entre pais e filhos, elemento fundamental para a formação de um vínculo afetivo harmônico.

Os sentimentos de culpa, facilmente observáveis todas as vezes em que ocorre um adoecimento psíquico, são aqui, abordados na tentativa de propiciar uma compreensão mais aprofundada dos mesmos, visando facilitar sua discriminação e diminuição e permitir, assim, um conseqüente alívio da culpa

na abordagem de pais de bebês doentes.

Por último, levanta-se a questão teórica relativa ao espaço da criança, ou seja, o lugar que a criança vem ocupando na família e na sociedade através dos tempos, e ainda que condições acredita-se serem necessárias do ponto de vista emocional, para que a criança encontre seu próprio espaço. Aponta-se ainda, o que se imagina serem as principais dificuldades entre pais e filhos para que a criança encontre este espaço próprio para seu desenvolvimento, quando a criança já nasce em condições tão adversas, com doenças orgânicas graves e risco de vida.

A seguir apresentam-se reflexões e avaliação sobre a experiência prática, onde são apontados os principais funcionamentos psíquicos dos pais frente a situação de crise por que passam, ou seja, a doença dos filhos, e o quanto a experiência revela a eficácia de tal prática, imprescindível, de certa forma, na abordagem destes pais. Desenvolve-se também, o que se acredita necessário como atendimento a nível emocional para que os pais suportem tal situação.

Como conclusão, destaca-se a importância de um trabalho desta natureza para a profilaxia da saúde mental e de perturbações a nível emocional, na esperança, inclusive, de que o tema se torne objeto de reflexão por parte dos profissionais de saúde que lidam com tais crianças e seus pais.

## II - A PRÁTICA DE GRUPO

O trabalho com grupos que é objeto de análise nesta dissertação, teve sua origem no pedido específico do pediatra chefe do Centro de Tratamento Intensivo da Pediatria (CETIP) do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, hospital que faz parte do INAMPS, órgão de assistência pública à saúde.

A solicitação feita era de que se idealizasse algum tipo de atendimento e assistência às famílias dos bebês ali internados para tratamento médico e originou-se principalmente das dificuldades da equipe do CETIP em lidar com as famílias dos referidos bebês. Essas dificuldades diziam respeito tanto à transmissão de informações médicas sobre a evolução, tratamento e prognóstico de cada caso, como também à ansiedade manifestada pelos familiares dos bebês internados. Essa ansiedade traduzia-se principalmente pelo número de consultas telefônicas ao CETIP para obtenção da mesma informação, feita, muitas vezes, a diferentes profissionais, com o intuito claro de checar possíveis opiniões contraditórias, além de hostilidade e resistência frente a alguns procedimentos médicos (solicitação de exames complementares, ao diagnóstico e tratamento: biópsias, intervenções cirúrgicas, solicitação de exames dos pais) e ainda pelo desinteresse pelo bebê, culminando, algumas vezes, com o abandono do mesmo no hospital.

Parece agora importante descrever e caracterizar o

CETIP. Esse é um dos setores do Serviço de Pediatria. Nele são internados bebês em estado grave e com risco de vida até três meses de idade, portadores das mais diversas patologias médicas. Entre elas as mais frequentes são: prematuridade, mielomeningoceles, hidrocefalias e síndromes neurológicas, mal-formações congênitas, doenças hereditárias, membrana hialina entre outras.

O CETIP faz parte do Serviço de Pediatria, embora funcione, de certo modo, isolado destepor se encontrar fisicamente afastado, no final de um corredor comprido. A ele só têm acesso os profissionais que integram a sua equipe e os pais dos bebês internados nos horários permitidos para visitas. O CETIP é todo envidraçado, composto de nove boxes separados entre si por divisórias de vidro e mais um posto de enfermagem. Na entrada, onde há duas pias para lavagem e assepsia das mãos, ficam as roupas esterelizadas e os calçados próprios para o acesso ao seu interior.

A equipe fixa de profissionais do CETIP constitui-se no momento por: três pediatras, especializados no atendimento intensivo de neonatos, três residentes de pediatria, uma enfermeira e duas auxiliares de enfermagem. Possui ainda como recursos auxiliares os serviços de uma assistente social, uma nutricionista e uma psicóloga.

O tempo de permanência em média dos bebês no CETIP é de: aproximadamente cinco semanas.

O CETIP não permite os pais como acompanhantes, nem a tradicional visita hospitalar diária. Os pais só tem acesso ao bebê uma vez por semana e, no mais, só podem vê-lo de longe, através de um vidro. No entanto, quando o bebê tem condições de aleitamento materno, é permitida e estimulada a entrada de sua mãe. E por último quando o bebê está prestes a ter alta sua mãe é solicitada a participar da rotina hospitalar relativa ao bebê e prestar diretamente ou, com o auxílio de um dos profissionais da equipe de saúde, os cuidados básicos ao bebê, principalmente os relativos à higiene e alimentação.

Assim, levando-se em consideração a solicitação específica da chefia do CETIP, as dificuldades de relacionamento com os pais dos bebês - já que a gravidade da doença apresentada pelo bebê costuma causar um estado de tensão tanto para os pais como para a equipe de saúde - e ainda, com base em estudos sobre os efeitos negativos da separação precoce dos bebês e seus pais, foi então proposta a realização de um Grupo de Pais do CETIP.

Para tal considerou-se que os pais dos bebês apesar de não se encontrarem fisicamente doentes, passam pelo que se pode nomear de situação de crise ou seja, um período limitado de desequilíbrio ou de alterações subjetivas e de conduta, de desencadeadas por uma solicitação ou carga frente à qual a pessoa é temporariamente incapaz de responder.

A opção pelo atendimento dos pais em grupos foi fei



ta com o objetivo de facilitar a centralização das informações médicas e com base na idéia de que esta forma de atendimento funcionaria como elemento terapêutico mais eficaz, uma vez que levaria os pais a compreenderem que seu problema não era único, o que poderia ajudar na diminuição da ansiedade de outros. Assim, o grupo funcionaria como continente para a ansiedade de todos, inclusive para os elementos da equipe.

A opção pelo atendimento em Grupos partiu de dois supostos teóricos básicos, para a situação. Por um lado, a condição apontada por Freud em sua "Psicologia de Grupo e a Análise do Ego", de que a psicologia individual e a psicologia de grupo não deveriam ser diferenciadas, uma vez que a própria psicologia do indivíduo é em si uma função da relação que o indivíduo estabelece com outra pessoa ou objeto. E por outro lado, o conceito de valência apontado por Bion como "uma função espontânea e inconsciente da qualidade gregária na personalidade do homem". (Bion, 1970:124). Esse conceito reflete as possibilidades de cooperação entre os elementos do Grupo, o que parece ser de grande valia na situação específica aqui apontada: grande ansiedade e tensão geradas pela gravidade das condições orgânicas dos bebês e por tipos de patologias tão adversas, ocorrendo em momentos tão iniciais do desenvolvimento do ser humano. A doença num bebê remete invariavelmente o adulto às fantasias de destruição em seu próprio ser e assusta pelo fato de poder interromper qualquer possibilidade de vida.

O trabalho com Grupos, que iniciou-se em outubro de 1976, realiza-se uma vez por semana com duração de uma hora. Tem como coordenadores, que funcionam como "co-terapeutas", um médico pediatra e um psicólogo. Acredita-se que a participação do médico-pediatra em tal tipo de trabalho é fundamental, principalmente no que diz respeito às informações sobre estado de saúde da criança. Esses elementos da equipe interagem desde o início dos Grupos, através de reflexões conjuntas sobre os objetivos dos Grupos e troca de informações interdisciplinares sobre patologias precoces do ser humano. Por questões de rotina interna do Serviço, estabeleceu-se que cada dupla de coordenadores deve ter no mínimo um prazo fixo de seis meses de atuação em conjunto. Essa continuidade revelou-se de grande importância para a integração dos coordenadores, e, consequentemente para o bom funcionamento dos Grupos, assim como para o desenvolvimento e a avaliação do trabalho.

Desde o momento em que os pais internam seus bebês no hospital, são logo convidados a participar do Grupo de Pais do CETIP, e na ocasião lhes são prestadas várias informações sobre este tipo de atendimento. Além disso, permanece sempre afixado um cartaz na entrada do CETIP informando sobre a existência dos grupos, horário, local das reuniões, o nome e a função dos dois coordenadores (um médico e um psicólogo).

Ao se falar do convite aos pais parece importante aqui a seguinte ressalva: o pai é muito considerado e estimula-se e valoriza-se a sua participação no Grupo, uma vez que

já se tem idéia atualmente da importância da função paterna para o desenvolvimento emocional do ser humano. Ainda que ausente, o pai já está, incluído no psiquismo do bebê, enquanto representante do desejo materno.

A prática dos grupos evidenciou também um fato interessante: espontaneamente outros familiares do bebê - avós, tios, etc. são trazidos ao grupo. A equipe resolveu aceitar sua participação, por acreditar que alguma contribuição devem ter a dar e também por um respeito ao desejo dos pais nesse momento difícil.

Os grupos realizam-se num pequeno auditório reservado sempre no mesmo horário para seu funcionamento, que possui boas condições de privacidade, importantes para o trabalho ali realizado.

Após terem passados por vários momentos diferentes, os Grupos tem atualmente as seguintes características:

- a) De início são explicados os objetivos do Grupo. É dito por um dos coordenadores aproximadamente o seguinte: "Bom que-  
ríamos dizer que estamos aqui reunidos por considerarmos o quanto deve ser difícil para vocês estarem longe de seus bebês e como devem estar querendo notícias dele. Para nós que cuidamos dele, também é muito importante trocar idéias com vocês. Para quem porventura não nos conhece ainda, eu

sou o Dr.(a) tal e ele /ela O/A psicólogo tal. Gostaríamos que cada um se apresentasse e estamos ao seu dispor nesses momentos que temos juntos". Essa introdução é feita em geral pelo psicólogo.

- b) Durante o grupo todos os familiares são convidados a se expressar livremente, ou seja, não há assunto pré-determinado. O médico esclarece as dúvidas que surgem e fornece as informações pertinentes sobre o estado de saúde dos bebês. Em conjunto com o psicólogo, tenta também compreender os motivos psicológicos da conduta dos pais e prestam então os esclarecimentos que acreditam ser importantes.
- c) O grupo é um grupo aberto, isto é, seus participantes variam com a internação e a alta dos bebês; é permitida - e por isso a referência no item anterior ao termo "familiares" - a presença de qualquer familiar ou responsável pelo bebê, como já foi explicado anteriormente.
- d) O critério utilizado para responder às perguntas sobre o diagnóstico, evolução, tratamento e prognóstico, tanto orgânico quanto emocional, é o da verdade. Por exemplo; a uma pergunta sobre uma criança que tem uma lesão cerebral inespecífica, se jogará futebol quando crescer, a resposta é - não sei, dependerá da evolução dela e também provavelmente da relação de vocês com ela.

e) Nem o pediatra, nem o psicólogo têm papéis definidos à priori. Entretanto, ao médico fica reservada a maior parte das informações sobre a evolução clínica da criança, cabendo ao psicólogo a compreensão e esclarecimento dos aspectos emocionais subjetivos, inerentes ao grupo. Porém, o que parece ai fundamental é, a disponibilidade interna dos coordenadores que alternam, algumas vezes, casualmente esses papéis, sem que isso, até o momento, tenha evidenciado qual quer prejuízo para o funcionamento dos Grupos.

A partir da experiência com vários grupos alguns temas puderam ser identificados como mais frequentes. São eles os seguintes: superstições a respeito de certas condutas médicas, tais como: administração de soro significando piora no quadro clínico do bebê; problemas neurológicos estarem associados ao alcoolismo dos pais; diarréias como provocadas por remédios e vitaminas utilizadas pela mãe durante a gestação; desidratação associada ao uso de Lasix (diurético) durante a gravidez; dificuldades em compreender a impossibilidade por parte da equipe de estabelecer um prazo para a alta hospitalar do bebê; culpa em relação à doença do bebê; medo de levar o bebê para casa; expectativa sobre o futuro desenvolvimento de seus filhos tanto em relação ao aspecto psicomotor, quanto aos de inteligência e emocional; não se sentir pai e mãe do bebê; expressar seu desagrado por não serem permitidas as visitas diárias.

Entretanto, a partir de um levantamento mais sistemático

mático feito através do registro escrito de observações dos Grupos, tornou-se possível identificar os temas que apareceram com maior constância e pregnância durante o decorrer de todos os Grupos já realizados até o presente momento. São elas as dificuldades relativas à formação de um vínculo com o bebê, as fantasias e culpas associadas à doença e a preocupação com o futuro da criança.

Assim, as questões teóricas que serão apresentadas neste trabalho, estão diretamente relacionadas com o que se imagina serem as maiores ansiedades e expectativas dos participantes dos Grupos.

Portanto, acredita-se que um maior aprofundamento destes temas dará melhor embasamento teórico ao trabalho que já vem sendo desenvolvido, ao mesmo tempo em que se deseja que o estudo sistemático dos referidos temas possa trazer novas contribuições e facilitar a compreensão das ansiedades e necessidades no trabalho prático com os Grupos.

No presente trabalho foram selecionados para estudo - como se verá nos capítulos que se seguem - os seguintes tópicos teóricos:

- 1 - Vínculos e Separações
- 2 - Sentimentos de Culpa
- 3 - O Espaço da Criança

Os principais objetivos dos Grupos pode-se dizer que são os seguintes:

- a) diminuir os efeitos da separação família-bebê imposta por motivos técnicos e de rotina hospitalar;
- b) aliviar a ansiedade dos pais em relação aos problemas apresentados pelo bebê;
- c) permitir que a experiência de alguns pais sirva de apoio para outros;
- d) permitir aos pais a aceitação de doenças crônicas e obter sua colaboração durante e após o tratamento;
- e) diminuir o sentimento de culpa dos pais em relação à doença do filho, possibilitando uma abordagem então mais discriminada desse;
- f) avaliar as repercussões da doença da criança em seu meio familiar;
- g) facilitar a aproximação entre pais e equipe médica na busca de objetivos comuns da saúde do bebê;
- h) propiciar aos pais uma discriminação entre suas fantasias e a realidade com relação à doença em causa;

- i) propiciar à equipe médica melhor compreensão de cada caso, quer do ponto de vista orgânico e /ou emocional, a partir das informações fornecidas pelos pais;
- j) servir como fluxo de comunicação pais-bebês, abrindo um espaço para a fala dos pais, facilitando então a preservação e a manutenção dos vínculos afetivos do bebê.

Através de alguns resultados já observados até o momento, o trabalho com grupos tem demonstrado sua importância e aplicabilidade. A frequência e interesse dos pais pelo Grupo, a diminuição dos problemas de abandono do bebê no hospital, a recuperação da amamentação na maior parte dos casos, a alta hospitalar com maior segurança por parte dos pais e a melhor aceitação de casos de prognóstico reservado, são alguns dos fatos já observados até o momento.

Por outro lado, revela-se como enorme facilitador e auxiliar da compreensão de algumas patologias específicas do bebê, tais como as diarreias com suas conseqüentes complicações clínicas, porém sem causa determinada do ponto de vista orgânico. É ouvindo os pais de tais bebês no Grupo, que a equipe passa a ter maior e mais adequada compreensão da patologia do bebê, o que favorece, evidentemente, o seu tratamento e sua evolução clínica. Portanto, pode-se dizer que os Grupos têm sido o recurso terapêutico mais eficaz, principalmente nos casos onde a patologia médica se encontra pouco compreendida e



estudada, justamente por que falam também uma outra linguagem, a do simbólico. Assim o Grupo funciona como espaço que possibilita o diagnóstico e a consequente abordagem terapêutica desses casos.

Considera-se entretanto que o objetivo mais importante desses Grupos é o de abrir um espaço para a fala daqueles que se preocupam e se interessam pelo bebê, tanto os pais como os profissionais, no sentido da elaboração interna quanto aos diversos aspectos da doença do bebê. Os outros objetivos e possíveis resultados do trabalho certamente poderão daí decorrer.

"Titia, fale comigo. Estou com medo do escuro.

- De que adiantaria? Você não pode ver-me.

- Não importa, se alguém falar a luz vem."

(Freud: 1905:231 nota de rodapé 1)

### III - A FALA DOS GRUPOS

Apresenta-se aqui o relato de duas sessões de Grupo, gravadas e transcritas com a autorização de seus participantes, na expectativa de que essas facilitem a compreensão de tal tipo de trabalho de grupo.

#### 3.1 - GRUPO 1

A psicóloga inicia o grupo, explicando o objetivo do mesmo e apresenta a pediatra, dizendo acreditar que todos já a conheçam. Faz-se um silêncio, e logo todos riem quando o pai de H. diz ser o "gravador". Risos. (O grupo estava sendo gravado com a permissão de seus integrantes.)

O pai de H. pergunta pelo filho, e a pediatra responde que H. está bem e com alta para breve. O pai de H. pergunta se aqui no hospital ele não "deixa resíduos". A pediatra esclarece o que são "resíduos" e responde ao pai de H. que seu filho não apresenta este problema. O pai de H. explica, que no outro hospital em que H. esteve internado, sempre adiavam a alta dele, alegando que não podiam liberá-lo porque ela ainda "deixava resíduos". A pediatra esclarece que, até o momento, H. não apresentou este problema, que está bem, e, aproveitando a oportunidade, pergunta quem fará o preparo para a alta, que consiste em passar um dia inteiro no CETIP, ao

lado do bebê, já que a mãe de H. está internada num outro hospital, sem condição, portanto, de cuidar do bebê no momento. O pai de H. diz que ele mesmo permanecerá no dia indicado no hospital, uma vez que pretende cuidar do bebê quando ele for para casa e permitir, no máximo, revezar-se com uma tia (irmã da mãe do bebê) para os cuidados necessários ao filho. Diz ainda que não quer muitas pessoas diferentes cuidando do bebê, pois acredita na importância de cuidados mais individualizados neste período inicial do desenvolvimento das pessoas. A psicóloga reforça a afirmação do pai de H., dizendo achar "legal" o esforço que ele fará para cuidar do bebê, e que isso, com certeza, lhe trará boas coisas.

A mãe de E. diz que é a primeira vez que participa do Grupo e que está muito preocupada e quer saber notícias do filho. Fala que está muito aflita, que já cuidou de outras crianças, que tem mais três filhos e não sabe o que aconteceu com esse que ficou tão doente. "É pneumonia"? pergunta. A pediatra explica que é uma infecção e que ainda não se pode precisar a causa. Diz que E. tem problemas no momento, mas que está clinicamente melhor, isto é, ganhou peso, está fora do sorro e iniciará agora a alimentação pela boca. A mãe de E. diz que tem raiva porque no outro hospital mandaram que ela secasse o leite, e ela gostaria muito de alimentar o filho. A psicóloga diz que compreende como ela se sente e reforça que assim que o bebê estiver em condições, ela será solicitada a dar a mamadeira dele, nas horas em que ela puder. A mãe de E.

diz que é horrível ficar longe do filho, e que bem que podiam aumentar as visitas, em pelo menos, mais um dia. Fala também que ela está louca para levar o filho para casa, que não se conforma de ver o filho, tão pequeno e tão doente, sofrendo. Pergunta se não existe um remédio que pudesse tomar para o leite voltar. A pediatra explica que existem alguns estudos sobre os efeitos do Plasil na volta e até no aparecimento do leite mesmo em mães adotivas, mas que, para isso, é necessária a sucção do bico do seio pelo bebê, e que ainda não se utilizou essa experiência aqui no hospital. Diz ainda, que no caso de E. ele deverá ser alimentado, pelo menos inicialmente, através da mamadeira que exige um menor dispêndio de energia por parte da criança, coisa que no caso de E. se torna mais indicando, já que ele precisa ganhar peso rapidamente. A pediatra diz ainda compreender como ela se sente, talvez como se lhe tivessem retirado algo que é naturalmente seu.

O pai de H. pergunta se ainda não inventaram um jeito de homem amamentar, e que ele até gostaria. Risos. A psicóloga diz que pode imaginar que o que ele está falando esteja relacionado com um problema que é de todos os pais do Grupo: sentem-se capazes de cuidar de seus filhos, mas acabam ficando perdidos e confusos, diante do aparecimento de doenças tão graves que os deixam incapazes de cuidar sozinhos de seus bebês. Pequeno silêncio. A pediatra solicita a participação da mãe de S. e diz que o fato dela estar aparecendo no grupo é ótimo, porque, até então, só o pai do bebê tinha comparecido

às reuniões. A mãe de S. então, tensa e chorosa, responde: Ah, nem sei, mas às vezes acho que teria sido melhor que essa menina tivesse morrido logo. Não sei o que aqueles médicos arruamaram com aquele olho dela. Ela não era cega, e agora a menina está tão ruim, coitadinha ... . A pediatra diz que vai ver em que se pode ajudá-la a compreender o problema de S., e explica que, no momento, S. está bem melhor, ganhou peso e que estão só aguardando o parecer do oftalmologista para poder dizer qualquer coisa sobre o seu problema do olho.

A psicóloga interfere, dizendo que viu S. ser alimentada hoje e que ela comia com muita vontade, parecendo gostar do que comia. Diz também que o bebê vem reagindo muito bem, apesar de suas dificuldades. Depois, insiste que é muito importante a participação das mães nas visitas e no Grupo, tanto para os bebês, como também para a equipe. Fala em seguida, dirigindo-se particularmente, à mãe de S., que ela devia vir sempre porque o bebê precisa se acostumar com ela. A mãe de S., no entanto, continua: "Não sei, talvez fosse melhor que ela tivesse morrido. Eu também ando ruim, preciso muito me tratar. Ando muito nervosa e cheia de problemas!"

A mãe de J. diz que também passou "maus bocados" com a filha, mas que agora está alegre, a menina está bem melhor, apesar de a cada hora aparecer uma coisinha. "Mas, mesmo assim, fico com ela". A psicóloga diz que isso é muito importante.: "Sabemos que com esses bebês temos que acompanhar as me-

lhoras e as piores, mas isso também acontece com as crianças saudáveis. A criança para andar, primeiro engatinha, depois, mesmo quando já anda, tropeça e cai até que aprende a andar sozinha. O mesmo acontece aqui, com os bebês de vocês: melhoram, pioram, melhoram ...

A mãe de A. diz que hoje está triste, que A. piorou. Conta que o pai de A. fica sem paciência, que quer levá-lo para casa de qualquer maneira. A pediatra explica que A. é muito ativo e que isso dificulta que ele aumente de peso. Diz ainda que A., no momento, está apresentando uns tremores e que por isso precisa continuar internado por mais um tempo para observação. "É, ele é danado" - diz a mãe de A., referindo-se ao filho. A psicóloga pergunta quem é danado como ele na família. "O pai", diz a mãe de A. Risos, "É, ele nem gosta de vir aqui muito, quer logo brigar, quer levar o menino para casa de qualquer jeito".

A psicóloga fala do exemplo de A. que melhorou e agora piorou. Os pais de C. pedem à pediatra que fale sobre ela. Querem saber se se tem alguma idéia sobre a origem dos problemas de C. A pediatra diz que se suspeita que C. tenha algum problema de incoordenação que faz com que ele não consiga engolir o leite. Estão aguardando o resultado de alguns exames. Os pais de C. perguntam se a pneumonia de C. teria decorrido da parada respiratória que ele teve. A pediatra responde que provavelmente não.

A psicóloga diz que nestes casos o mais importante é perceber o que se pode fazer no momento: "Compreendemos a necessidade de uma explicação para a doença, mas temos que pensar primeiro nas necessidades do bebê, o que podemos fazer para ajudá-lo, já que, em alguns casos, nem podemos ter certeza sobre o que gerou a doença.

O pai de H. diz que o importante é fazer agora o que se pode. A mãe de J. diz que sua filha está bem, que apresentou uma alergia, mas que está melhor. Fala para a mãe de S. que acha muito importante que ela venha ao hospital e ao grupo para ver a filha. Diz ainda: "Eu vi S. sendo alimentada e ela mama espertinha mesmo. Acho que a senhora deve vir conversar com a menina para ela ir se acostumando com a senhora. Eu não largo a minha."

A psicóloga diz compreender o quanto deve ser difícil, para todos, ficarem longe de seus filhos; é "porque acreditamos nisso, é que realizamos já há algum tempo este trabalho". Diz ainda perceber que algumas vezes os pais se sentem tão frágeis quanto os bebês, e querem desistir. Achrom difícil ter que esperar e depender tanto da equipe e ficar tão à mercê da mesma. Diz achar que os pais perguntam até que ponto eles podem confiar na equipe. Em seguida, termina dizendo que foram estes os assuntos mais tratados hoje, e aproveita a oportunidade para agradecer a presença de todos, marcando novo encontro na próxima segunda-feira, no mesmo horário.

### 3.2 - GRUPO 2

A psicóloga inicia o Grupo explicando o objetivo do mesmo e diz que fala principalmente com a mãe de L. que comparece pela primeira vez.

A pediatra explica que L. já está internada há alguns dias, mas que só agora estamos tendo oportunidade de conhecer sua mãe. Aproveita a oportunidade e pergunta porque só agora ela veio ao nosso encontro. A mãe de L. diz que trabalha em casa de família, mas que sabia sempre notícias da filha através de uma Dra., filha da senhora para quem trabalha e que foi quem conseguiu a internação no H.S.E. Entretanto, diz que só agora é que soube do Grupo e que ficou esperando desde cedo para participar dele. Diz que quer saber notícias, pergunta como está a filha. A pediatra esclarece que L. está bem e em condições de alta e que aproveita a oportunidade para solicitar a colaboração da mãe do bebê para passar um dia todo com a filha, para que possa levá-la para casa. A mãe de L. diz que não há problema, que falará com a patroa, mas tem certeza de que ela permitirá.

O pai de E., que comparece ao Grupo pela primeira vez, interrompe e diz que realmente esse problema da comunicação das notícias é sério. Diz que ele fica em casa preocupado com o filho. Conta que outro dia ligou para o Hospital e teve a informação de que seu filho estava grave. Pensou que não queriam falar por telefone, mas que o pior tinha acontecido.



Acrescenta que ficam em casa tão aflitos ... . A pediatra diz que E. não está grave não. A psicóloga acrescenta que os profissionais de nossa equipe imaginam essa aflição e exatamente por esse motivo organizaram esse trabalho para falar com os pais. Continua observando que algumas vezes realmente acontecem falhas no aviso sobre o Grupo quando da internação do bebê. Diz que aproveita a oportunidade para pedir aos pais que encontrarem outros pais, que avisem também sobre o Grupo.

O pai de E. diz que fica tão confuso com a doença da criança que acha que ele mesmo provocou a confusão. Conta que ligou para o Cetip e mais ou menos "jogou verde para colher maduro". Diz que atendeu uma moça e ele perguntou: - Como está o E? ... Está grave, né? Ao que a moça respondeu: - É, ele internou ruinzinho, mas está um pouco melhor, o senhor poderá ter informações mais precisas no Grupo de Pais, na segunda-feira. O pai de E. diz que insistiu: Não, mas a senhora pode falar. Ele está grave, né? Então a moça respondeu, - É, é grave. Acrescenta que ele mesmo encaminhou a resposta, mas atribui isso ao desespero em que ficam em casa. O que se procura - diz ele - é uma palavra de conforto.

A psicóloga diz que imagina estar compreendendo o que o pai de E. quer dizer, que por estarem passando por momentos tão difíceis também precisam de alguém que lhes fale, que os auxiliem a aguentar estes momentos, e acrescenta que estamos aqui exatamente para isso, para sermos úteis no que nos for possível. Pequeno silêncio. Mãe de L. pergunta então

ã pediatra se a diarreia de L. passou. A pediatra explica que sim, que L. tinha um quadro de infecção geral e que como todos os bebês recém-nascidos têm poucas defesas, qualquer problema inspira muitos cuidados, e que por isso uma diarreia pode se prolongar tanto. Diz porém que L. superou bem e só está aguardando um contato mais próximo com sua mãe para sua alta definitiva. A mãe de L. diz que esse contato foi o que a filha menos teve na vida. Conta que assim que a menina nasceu ela teve que viajar com a filha mais velha e deixou a menina com uma moça. Essa moça era bem recomendada. Porém, quando ela voltou, a menina já estava doente. Não tinha leite para a menina, embora ela tivesse deixado o dinheiro para comprar. Agora arrumou outra moça para tomar conta da menina, acha que agora vai dar certo.

A mãe de E. pergunta como está ele. A pediatra responde que E. ainda está em observação, mas acredita que já esteja melhor. Comunica que a mãe de E. será convocada para vir todos os dias ao hospital para levar E. para o pátio, pegar sol. Ele tem chance? - pergunta o pai de E. Tem, lógico - responde a pediatra. O pai de E. acrescenta: - Fiquei com medo, logo com o último, com o caçulinha foi acontecer isso...

A psicóloga comenta que o grupo parece estar preocupado com as chances do bebê, e que isso talvez esteja ocorrendo por terem tomado conhecimento da morte de um bebê na semana anterior. Chama, então a atenção dos pais no sentido de repararem que na vida estamos todos sujeitos à morte. Mas, as

sim como hoje um casal que esteve conosco aqui até a reunião passada não está mais porque seu bebê morreu, outras mães não estão mais aqui porque seus bebês tiveram alta.

A mãe de S. diz: - Que sufoco que a gente passa com essas crianças. ... E relata que nem tinha mais esperanças com S., mas agora está feliz, só está perocupada com o problema do olho. Pai de S. pergunta se a filha pode ter nascido assim por um tombo que a mãe levou ao descer de um trem quando estava com sete meses de gravidez. Acrescenta - Vocês sabem, a gente sempre quer uma explicação para o que acontece. A pediatra esclarece que não. Diz que não existe relação alguma entre eles e o fato de S. ter nascido com esses problemas. Às vezes até podemos identificar o que gerou o problema, mas no caso de S. não sabemos. Mas uma coisa é certa, para nós não foi o tombo. A pediatra continua, dizendo que S. está aguardando apenas ganhar peso para realizar a cirurgia.

A mãe de J. dirige-se à psicóloga e diz: "este é o pai de J". A psicóloga agradece e diz que foi bom ele ter vindo também. A mãe de J. dá as informações sobre a filha para o Grupo, dizendo que ela está ótima, que estão loucos para ela voltar para casa.

A mãe de R. se apresenta, diz que R. já esteve internada antes e voltou. Agora quer saber como ela está. Conta que R. foi internada por infecção de ouvido, que a outra filha também teve esse problema. A pediatra diz que R. perdeu

muito peso, já havia sido acompanhada no Cetip e agora temos que ver o que está acontecendo e pergunta se a mãe observou algo de diferente nesse período em casa. A mãe responde: "Não, só quando ela começou a passar mal. Fiquei com medo e trouxe logo para cá".

A psicóloga diz que estamos chegando ao final, e que parece que o que o Grupo trouxe hoje é como precisamos de uma comunicação, de falar até para tirar dúvidas, e esclarecer mal-entendidos. Como se sentem confusos, e sós, quando estão em casa passam muitos pensamentos por suas cabeças. Nós acreditamos também que falar, trocar idéias é importante. Conversamos com os bebês enquanto trabalhamos, se quiserem conversar também com eles durante a visita, achamos que eles vão gostar. Hoje vamos terminar por aqui. Na próxima vez, no mesmo horário, tá?

#### IV - VÍNCULOS E SEPARAÇÕES

Vínculos e separações escritos e evocados dessa forma, ou seja, unidos, parecem lembrar sonoridade semelhante àquela expressa nas melodias musicais. Com isto se quer dizer que da mesma forma que para a boa harmonia e beleza da música são necessárias a apresentação em alternância de pausas e ligaduras, também para o pleno desenvolvimento e integração da personalidade no ser humano supõe-se necessária a alternância "musical" de vínculos e separações. Querendo ir um pouco além, e observando o lado orgânico do ser humano, sabe-se que o coração, órgão fundamental para a vida, possui também, um ritmo próprio constituído por uma alternância entre sístole e diástole. Esse ritmo caracteriza o estar "pulsando", o estar em funcionamento, o estar vivo.

Assim, neste capítulo, serão levantados dados e desenvolvidas algumas considerações sobre o referido tema. Haveria, fundamentalmente, portanto, uma interligação: a noção de um vínculo afetivo traz, implícita, a separação. Ora se abordará a noção de vínculos, ora a de separações, procurando examiná-los dentro da sua alternância.

Este trabalho tem por objeto de estudo bebês e pais, que, precocemente, são submetidos a uma situação muito especial de separação. O desejo é apontar as principais dificuldades que esta situação poderá trazer para a formação de

um vínculo afetivo, através do qual o bebê se sinta seguro , protegido e amado. Este é indispensável à estruturação e à integração da personalidade do ser humano. É desejo, ainda, abordar alguns aspectos das vivências de pais e familiares durante este período, analisando em particular como as condições gerais dessa separação dificultam a formação e estabelecimento do mencionado vínculo afetivo. Considera-se importante observar que os pais e bebês aqui abordados passam por uma situação muito especial: a doença e o conseqüente risco de vida do bebê e a separação física e emocional impostas pelo tratamento.

Para o levantamento das principais condições e dificuldades, será necessária uma revisão sobre vínculos e separações, levando em consideração, basicamente, a abordagem psicanalítica do tema.

Várias evidências nos levam à impossibilidade de negar a importância das relações iniciais que mãe (ou substituta desta) e bebê estabelecem para a formação da vida afetiva e do psiquismo humano.

Por mais distintas que sejam as abordagens teóricas (intra e inter ciências) relativas a esses primeiros relacionamentos, bem como suas conseqüências, há um consenso quanto a sua importância fundamental. Assim, o vínculo inicial entre mãe e bebê seria a base e origem de todos os outros víncu

los que o indivíduo estabelecerá durante a sua vida.

Para alguns autores, este vínculo começaria até mesmo antes do nascimento. É fato que muitas modificações corporais e psíquicas ocorrem na mulher após a concepção. Do ponto de vista orgânico, o corpo se prepara e sofre uma série de transformações para conviver com o novo ser em desenvolvimento. Há uma preocupação mais intensa com o interior do corpo. Quando o óvulo é fecundado, o útero se alarga, os vasos sanguíneos se dilatam, havendo, enfim, toda uma adequação à tarefa de proteger o feto. Essas alterações fisiológicas afetam o psiquismo da mulher. Segundo Helene Deutsch, "o psiquismo recebe de todos esses acontecimentos, excitações e depressões de diferentes maneiras, sendo diretamente solicitado por excitações que se originam das terminações nervosas do aparelho genital". (Deutsch, 1949 :p. 113).

Tais alterações certamente passam para o feto que já vai se acostumando, na vida intra-uterina, a um ritmo - o das batidas do coração da mãe, e mesmo ao ritmo de seus passos. Ou seja, já vive alternâncias entre momentos distintos. Winnicott mostra em linguagem clara e singela, num de seus livros escritos para pais, como ocorre a ligação inicial mãe-bebê.

"Você já conhece algumas características do seu bebê, por causa dos movimentos que você se habituou a esperar dele no interior do seu ventre. Se houve muitos movimentos, você terá meditado sobre o que haverá de verdade naquela divertida crença de que os meninos esperneiam mais

do que as meninas e de qualquer maneira, você ficou satisfeita por receber esses sinais concretos de vida e de vivacidade que essa agitação lhe forneceu. E durante esse tempo, suponha, o bebê também aprendeu muito a seu respeito. Seu sangue fluía com maior rapidez quando você bebia uma boa xícara de café pela manhã ou quando você corria para pegar um ônibus. Até certo ponto ele deve ter aprendido quando você estava ansiosa, agitada ou zangada." (Winnicott, 1971, p. 21).

Também, os recentes estudos fisiopatológicos da gravidez mostram a importância do período de gestação, do intercâmbio mãe-bebê para possíveis ocorrências futuras de seu desenvolvimento.

"As desnutrições, as falhas de oxigênio as desarmonias hormonais ou enzimáticas criam irritações e tensões no organismo fetal .... Os feedbacks mais simples encontram-se ainda em estado de esboço ou se desregulam e se invertem. As incompatibilidades feto-maternas, as agressões viróticas etc., deixam vestígios de finitivos .... Certos mecanismos reguladores ... proporcionarão uma etiopatogenia das afecções psicossomáticas precoces da crianças". (Lebovici, Soule, 1980: 246).

Assim, não se pode deixar de supor que o bebê, já na vida intra-uterina, comece a acostumar-se, pelo menos através de elementos sensoriais, a alternância entre diferentes momentos.

Uma vez que se trata de refletir sobre bebês que já nascem doentes ou que adoecem em períodos muito iniciais de suas vidas, talvez caiba levantar a seguinte questão: não poderia existir já uma disfunção na alternância do ritmo na vida intra-uterina? Isto, por si só, parece que poderia exi-



gir enorme esforço do bebê para equilibrar-se a fim de posteriormente integrar à sua individualidade os distintos momentos de vínculos e separações.

Por sua vez, os pais do bebê poderão ser influenciados e ter dificuldades em satisfazer e compreender suas necessidades. Poderia, pois, existir desde aí, uma disfunção nessa ligação primeira.

É comum na experiência de grupos escutar-se, tanto das mães, quanto dos pais, frases deste tipo: "Eu sabia cuidar bem e tinha segurança, em lidar com meu outro(s) filho(s), mas esse é tão diferente, tenho medo. Não sei se ao segurá-lo o machuco e muitas vezes não entendo porque ele chora".

Deve-se considerar aqui também, a possibilidade de, certos distúrbios funcionais muito precoces do lactente, influenciarem para que apresentem condutas tão diferentes das usuais observadas em bebês, saudáveis. Assim os comportamentos e reações das mães de tais bebês, também poderiam apresentar-se como "estranhos".

O bebê humano possui uma característica que o distingue fundamentalmente dos outros seres vivos: nasce como que "inacabado" funcionalmente e o completo desenvolvimento do seu Sistema Nervoso Central só acontecerá na idade adulta. Por isto, nasce extremamente frágil e dependente do cuidado de outros. O nascimento, portanto, rompe a ligação simbiótica or

gânica, persistindo a enorme dependência psíquica. Esta ruptura dará início ao estabelecimento de um outro tipo de relação. Daí decorre, segundo Freud, uma situação de ansiedade. A criança se vê num "desamparo mental o qual é um símile natural de seu desamparo biológico" (Freud, 1926: p. 162).

É através da ligação inicial com o outro que o bebê adquire posteriormente a noção de si mesmo. Portanto, do ato de nascer que provoca um corte ou ruptura no ritmo ao qual o bebê já vinha se acostumando, surge a possibilidade (e necessidade) de preservar e reformular o vínculo bebê-mãe. Persistem, evidentemente, a ligação e a dependência, só que agora, com novas características. "Há muito mais continuidade entre a vida intra-uteriana e a primeira infância do que a impressionante "cesura" do ato de nascer nos teria feito acreditar". (Freud, 1926: p. 162).

Cabe salientar que o próprio Freud já se referira à questão do nascimento como pausa ou interrupção entre a vida intra e pós-uterina. Não se trata aqui de entrar no mérito da questão, de analisar se quando do nascimento há, ou não, consciência por parte do bebê da perda do objeto. O que importa é caracterizar estes momentos distintos como alternância que, embora registradas apenas ao nível do sensorio inicialmente, já poderão se constituir como substratos fisiológicos do psiquismo e terão, enquanto tal, grande repercussão sobre ele.

Ao nascer, o bebê entra em contato com uma outra

realidade e deve ser compreendido como um organismo que já possui uma estória num outro registro: o ventre materno.

Existem, ao que se pode verificar, duas tendências básicas sobre a formação do vínculo mãe-filho. Os psicanalistas que estudaram o funcionamento mental a partir da análise de adultos, tendem a dar maior ênfase ao fato de que a inter-relação se expressará muito mais numa relação transferencial do que propriamente numa relação de objeto. Assim, o objeto libidinal está diretamente relacionado a um aspecto do Ego e independe da "realidade externa". Deste modo, o objeto estruturante não teria maior dimensão enquanto tal. Por outro lado, aqueles que se dedicaram basicamente ao estudo do psiquismo infantil, acabam entrando por caminhos que enfatizam o aspecto relacional em sua evolução e gênese. O objeto libidinal, portanto, passa a ter maior expressão, com uma "troca" entre sujeito e objeto.

O tema será apresentado aqui, tomando-se por base as principais idéias de Freud, Spitz, Bowlby e Winnicott.

Na obra de Freud, encontram-se, na verdade, poucas referências ao assunto. Isto se levamos em conta, principalmente, a importância que a psicanálise atribui hoje ao tema. Entretanto, referindo-se pouco, mas de modo enfático ao as - assunto, ele permitiu que outros estudassem e ampliassem os conhecimentos a respeito do mesmo, abrindo espaço, inclusive , para novas abordagens.

É em seu "Esboço de Psicanálise 1940" onde Freud mais enfatiza a importância desta relação. Diz que a relação que o bebê estabelece com o seio materno e depois com a pessoa da mãe tem importância fundamental, ímpar nas relações afetivas do ser humano.

"Nessas duas relações reside a raiz da importância única, sem paralelo, de uma mãe, estabelecida inalteravelmente para toda a vida como o primeiro e mais forte objeto amoroso e como protótipo de todas as relações amorosas posteriores - para ambos os sexos". (Freud, 1940: p. 217).

De início, Freud considerava que o que ligaria fundamentalmente um bebê a sua mãe era a necessidade de satisfação de suas funções fisiológicas, principalmente a alimentação através do seio materno. Simultaneamente à satisfação de necessidades básicas, ocorria uma estimulação de zonas erógenas. No começo, não há qualquer discriminação por parte do bebê, entre o seio e seu próprio corpo. Gradativamente, porém, ao perceber sua ausência com frequência, vai se tornando capaz de perceber o objeto como independente dele, objeto que mais tarde o bebê completará na pessoa da mãe. Esta hipótese de associação da satisfação de necessidades fisiológicas com a formação da relação objetal, é reconhecida atualmente através da denominação de "teoria do impulso secundário".

Posteriormente, Freud altera um pouco sua opinião com relação aos motivos básicos que levariam o bebê a procurar sua mãe. Em 1926, em sua obra "Inibição Sintomas e Ansiedade", afirma que o bebê deseja perceber a mãe por saber, a-

través da experiência, que esta o protegerá de uma situação de perigo, diante da qual sozinho ele é impotente.

Será, portanto, a ausência da mãe, que o bebê teme, que o levará à procura do objeto. Ele receia a perda do objeto, pois sabe que o mesmo pode pôr fim à situação de tensão em que se encontra. Esta procura e este apelo ao outro se constitui, segundo Freud, em importante medida adotada pela criança no sentido de sua auto-preservação.

Parece importante refletir aqui como já em Freud as situações de vínculo e separação encontram-se interligadas e são fundamentais para a preservação da vida e integridade do sujeito. Isto porque, na medida em que se evidencia uma situação de falta e separação, é que surge a necessidade da procura, que levará à formação do vínculo.

Outra passagem também importante para as conclusões que serão desenvolvidas posteriormente, pode ser encontrada no "Esboço de Psicanálise, 1940".

"O fundamento filogenético leva tanto a melhor sobre a experiência accidental da pessoa, que não faz diferença que uma criança tenha realmente sugado o seio ou sido criada com mamadeira e nunca desfrutado da ternura e cuidado da mãe. Em ambos os casos, o desenvolvimento toma o mesmo caminho" (Freud, 1940: p. 217).

Importa aqui refletir sobre esta afirmação. Pense-se que há algo constitutivo da filogenia da espécie humana que

exige que o indivíduo participe de um determinado registro para sua consonância "musical". Este é o registro da linguagem, do simbólico, onde estariam inscritos vínculos e separações. Frente a uma demanda deve existir uma resposta a tal demanda. Portanto, elementos alternantes de uma mesma lógica: a lógica da linguagem, binária em sua essência.

Estes caminhos apontados por Freud para o vínculo mãe-bebê, serão posteriormente utilizados e reconsiderados nas conclusões deste estudo.

Já Spitz, psicanalista vienense, procurou validar alguns conceitos Freudianos experimental e objetivamente , através da observação sistemática do desenvolvimento psíquico da criança.

Para Spitz, a grande incapacidade inicial do bebê e sua conseqüente dependência dos cuidados maternos, dará origem ao núcleo das relações objetais futuras, através dessa ligação afetiva inicial. Preconiza que para uma relação objetal faz-se necessário um sujeito e objeto, porém, de início , o bebê é o sujeito que não funciona psiquicamente. Só aos poucos ele irá desenvolver-se, passando por três estados no decorrer do primeiro ano: a) período pré-objetal; b) período do objeto precursor; e c) período objetal propriamente dito.

O período pré-objetal seria o que abrange o narcisismo primário, período da não-diferenciação. Ocorre neste pe

ríodo, segundo Spitz, um fato importante: o reconhecimento do rosto humano. Quando com fome, movimenta os lábios ao ver o adulto e ao mamar fixa os olhos no rosto da mãe. O rosto humano torna-se então sinal.

O período seguinte é o do objeto-precursor. Neste, o rosto humano se forma e se destaca do ambiente, tornando-se sinal predominante. O bebê sorri por volta dos três meses ao olhar o rosto desde que este esteja de frente para ele, em movimento, sorrindo e/ou falando. O sorriso aparece também quando lhe é apresentada uma máscara desde que esta contenha olhos, nariz e boca. Portanto, este se constitui um sinal gestáltico e não o objeto propriamente dito. Spitz considera este sinal gestáltico como o primeiro organizador psíquico. Segundo o autor, tanto o primeiro estado quanto o segundo, estabeleceriam um tipo de comunicação pré-verbal entre mãe e bebê. Haveria uma captação recíproca através da percepção cenestésica com respostas viscerais globais por parte do bebê, e atendimento adequado de suas necessidades por parte da mãe.

Por último, estabelece-se o período do objeto propriamente dito, que se inicia por volta do sexto mês. Este tem como principal expressão a "angústia do oitavo mês". O bebê reconhecerá, então, o mundo externo, passa a estranhar as pessoas, e só a presença da mãe o conforta. A mãe teria então se constituído no seu verdadeiro objeto libidinal. Este estado corresponderia ao segundo organizador psíquico.

Spitz fala ainda do terceiro organizador psíquico que se estabelece por volta dos dezoito meses, quando o bebê já tem o segundo organizador psíquico bem estruturado, uma atividade motora mais desenvolvida e começa então a receber uma série de limitações por parte da mãe. O terceiro organizador psíquico será a palavra NÃO, através da negação nela implicita. O NÃO representa um conceito, o primeiro conceito abstrato que perdurará na vida da criança. Este terceiro organizador psíquico tem grande importância na teoria de Spitz, uma vez que estabelece algo próprio da humanidade: a comunicação através de sinais, símbolos semânticos. Sobre este terceiro organizador, Spitz afirma:

"É talvez o mais importante ponto crítico na evolução, tanto do indivíduo quanto da espécie. Aqui começa a humanização da espécie; começa o zoon politikon, começa a sociedade. Pois, isto é o início de trocas recíprocas de mensagens intencionais, dirigidas; com o advento dos símbolos semânticos, torna-se a origem da comunicação verbal." (Spitz, 1980: p. 174)

Spitz dá grande importância à comunicação entre mãe e filho, e denomina esta comunicação de "diálogo". É através do ciclo ação-reação-ação que o bebê se torna capaz de transformar aos poucos os estímulos sem significado em signos significativos.

A grande contribuição teórica do autor, entretanto, diz respeito à anomalia das relações objetais. Ele postula que a relação "normal" deve satisfazer tanto à mãe quanto ao bebê. Este, na posição de ser dependente, só obtém satisfa-



ção na medida em que suas necessidades são atendidas. A mãe , por sua vez, obtém satisfação narcisista e objetal. Segundo Spitz, quando ocorrem alterações nessas relações, graves consequências também ocorrem no desenvolvimento da criança.

Spitz realizou várias observações sobre a dupla mãe-filho e empreendeu também muitas pesquisas com crianças internadas. Através destes estudos, chega à conclusão de que os "defeitos" da relação mãe-filho são de dois tipos: qualitativo e quantitativo. O aspecto qualitativo diz respeito às relações "defeituosas", incompletas do binômio, e o quantitativo refere-se às relações insuficientes ou inexistentes.

Relata diferentes tipos de conduta materna que poderiam acarretar relações "defeituosas". São eles: mães hostis ou rejeitadoras, superansiosas ou de humor variável. Estes tipos de conduta gerariam perturbações "psico-tóxicas", e agiriam como toxinas psíquicas.

As relações insuficientes seriam as dos bebês privados de mãe ou de substituta adequada. Embora recebam alimentação, falta-lhes o envolvimento afetivo. As relações insuficientes seriam, então, as perturbações causadas por "carência emocional" - totais ou parciais.

A privação afetiva parcial pode levar à "depressão anaclítica". Isto ocorre quando o bebê após um mínimo de seis meses de boas relações com a mãe, é dela separado. à medida

que o tempo de separação aumenta, instala-se um quadro clínico que, se não for interrompido até certo período crítico, pode trazer letargia e morte. Os principais sintomas desse quadro são: choro frequente, perda de peso, recusa de contatos, insônia, posição patognomônica, baixa resistência às infecções, retardo motor, recusa de alimentos, expressão facial típica e alternância entre gemidos e letargia. Isso se processa quando os instintos básicos tais como libido e agressão não se separam, e o bebê se torna alvo do próprio instinto agressivo. A volta do objeto libidinoso, antes de grande deteriorização psíquica permite que a situação venha a ser sanada.

Já na carência total, quando bebês de mais ou menos três meses são separados de suas mães, desenvolve-se o síndrome do "hospitalismo", que geralmente se manifesta em crianças institucionalizadas que não tiveram oportunidade de constituir seu objeto libidinal. Bebês assim, desenvolvem o "marasmo". Como não há constituição do objeto libidinal, as forças instintivas não se fundem e não são neutralizadas. A agressão fica mais poderosa e não há possibilidade de organização das instâncias psíquicas.

As crianças que experimentam esta situação de alta privação afetiva, logo no início de suas vidas, passam evidentemente por uma situação de tensão emocional, porque sua própria sobrevivência está ameaçada. Spitz chama atenção para os experimentos que evidenciam que, a tensão emocional é um ativador poderoso da função pituitária, adrenocorticotrófica.

O autor demonstra claramente a importância que atribui a uma relação estável e afetiva entre o bebê e sua mãe (ou substituta), para a formação do vínculo afetivo, bem como os efeitos de separações nos períodos iniciais do desenvolvimento humano. Segundo palavras do autor:

"Privados do alimento afetivo que lhes era devido, seu único recurso é a violência. O único caminho que lhes permanece aberto é o da destruição de uma ordem social da qual são vítimas. Crianças sem amor, terminarão como adultos cheios de ódio". (Spitz, 1980: 263)

John Bowlby, psicanalista inglês que também estudou profundamente o tema e publicou os livros "O Vínculo Afetivo" e "A Separação Afetiva", dá explicações originais e diferentes da maioria dos autores.

Através de estudos, que tiveram por base a observação das reações de crianças de muito pouca idade que foram separadas de suas mães por razão de tratamento médico, viagens, institucionalização ou outros, Bowlby chega à conclusão de que tais crianças desenvolvem sintomas psicopatológicos graves. E mais: que estes sintomas são similares aos desenvolvidos por adultos que sofreram separações (ou ameaça de) em etapas iniciais de suas vidas, e apresentaram as seguintes reações: a) tendência a solicitar demandas excessivas por parte dos outros, sentindo-se ansiosos e enfadados quando não satisfeitos; b) bloqueio da capacidade para estabelecer relações profundas, como a que se observa nas personalidades incapazes de afeto ou psicopáticas. Bowlby aponta ainda, três momentos

distintos e especificamente identificáveis, pelos quais passa o comportamento da criança ao ser separada de sua mãe. De início o protesto, através do qual tenta de vários modos recuperar a mãe. Depois surge o desespero pela impossibilidade de conseguir seu intento, embora prossiga preocupada com sua possível volta. Por último, o bebê parece perder o interesse pela mãe e surge o desapego emocional.

Bowlby desenvolveu também estudos sobre a importância dos instintos na formação do indivíduo, substituindo a noção da dependência do ser humano, que encontra-se basicamente "inacabado" e desprotegido ao nascer, pela necessidade instintual de "apego" (attachment). Para tal, utilizou-se de estudos de etologistas que observam tipos de conduta particulares a cada espécie, e empreendeu também estudos sobre a conduta instintiva. Bowlby relata uma série de experimentos que foram realizados com animais, onde se evidenciava a presença da conduta de apego, independente de recompensas de alimentação ou qualquer outra. Mostra ainda que a sucção aparece também em bebês de macacos Rhesus e de chimpanzés que, embora criados longe da mãe, desenvolvem uma intensa atividade de sucção auto-erótica. Afirmando que esse sintoma oral se desencadeia em virtude de um processo infra-simbólico, o autor questiona se coisa semelhante não poderia ocorrer com os sintomas orais do bebê humano. Para Bowlby, o vínculo que une um bebê a sua mãe é: "produto da atividade de uma série de sistemas de conduta nos quais a proximidade com a mãe é uma consequência previsível". (Bowlby, 1976: 205).

O bebê humano já traria portanto, consigo, sistemas de conduta prontos para entrar em atividade, sistemas que seriam ativados no contato bebê-mãe. Bowlby refere-se a sistemas de conduta definindo-os como aqueles que "se dirigem ao cumprimento de uma meta", ou ainda "corrigidos de acordo com a meta perseguida". Segundo o autor, no bebê, esses sistemas estão relacionados ao choro, ao sugar, ao agarrar, enfim, à orientação do bebê. Esses sistemas de conduta provocam os cuidados maternos e propiciam ao bebê, o contato íntimo com a mãe. Esses comportamentos instintivos são, de modo geral, considerados como respostas a estímulos internos ou externos e se destinam a preservação e reprodução do indivíduo, considerado dentro de sua espécie.

Assim, baseado em estudos de etologistas, Bowlby mostra que existe uma série de comportamentos de aparência instintual observados entre os animais, que são também identificáveis no ser humano e contribuem para a formação do vínculo afetivo. Como esclarece o autor, os etólogos consideram que os animais são capazes de dar muitas respostas, comparativamente independentes, das necessidades fisiológicas e cuja função é facilitar a interação social entre os membros da espécie.

Afirma ainda que a sensibilidade da figura a qual o bebê se apegou e a quem responde sinais, bem como a intensidade e a natureza da interação entre a dupla, constituem importantes condições para a ocorrência do vínculo. Conclui-se,

assim, que os sistemas de conduta instintiva estão interligados com a conduta de quem cuida do bebê.

Parece evidente que Bowlby relaciona o vínculo afetivo também a condições de presença ou ausência da mãe (ou substituta), onde está implícito o problema da separação. Embora tenha estudado o tema a partir da interpretação de comportamentos instintivos, o autor ressalta com frequência a importância do ambiente para as diversas formas de desenvolvimento de tais comportamentos. Diz que a conduta instintiva não é produto da hereditariedade, mas sim que se herda certo potencial para desenvolver determinados tipos de sistemas que diferem em natureza e forma, segundo as particularidades do ambiente no qual o ser se desenvolve.

Ao estudar a questão do vínculo afetivo a partir de condutas inatas e ao afirmar que a separação precoce do bebê de sua mãe impossibilita e/ou dificulta a formação de tal vínculo, Bowlby se posiciona do ponto de vista da ótica filogenética e aprofunda e amplia a possibilidade de reconhecer vínculos e separações como interligados.

Outro psicanalista inglês, D.W. Winnicott, também estudou extensamente a questão do desenvolvimento emocional primitivo e as relações mãe-filho. Pediatra por formação inicial, interessava-se pelas reações infantis frente à consulta médica e criou um tipo de atendimento no qual a criança e ele , brincavam, usando a "espátula" para comunicação. Winnicott o-

ferecia a "espátula à criança e aguardava sua reação. Verificou que as crianças deixavam de temer a espátula, e que dela se utilizavam para se relacionar com ele e simbolizar, brincando, suas ansiedades. Finalmente, Winnicott passou a interessar-se por pacientes adultos psicóticos e "borderlines" ou anti-sociais, como ele mesmo os nomeava.

A ênfase que Winnicott dá aos primórdios dos psiquismo infantil pode ser melhor compreendida através de uma de suas frases:

"o desenvolvimento primitivo do bebê, antes de o bebê conhecer a si mesmo (e como consequência os outros) como a pessoa total que ele é (e que eles são), é vitalmente importante: é de fato, aí, que se encontra o esclarecimento da psicopatologia da psicose". (Winnicott, 1978: 270)

Para este autor, existem nas origens do desenvolvimento emocional primitivo três processos básicos: integração, personalização e realização.

Imagina que no seu início, a personalidade não seja integrada, postulando, assim, uma não-integração primária. Embora a integração comece no início da vida, por ser um processo, sofre oscilações longitudinais pela vida afora. Tal processo pressupõe a existência de dois "conjuntos de experiências" que dizem respeito, tanto às experiências relacionadas com os cuidados que propiciam conforto, alimentação, carinho e afeto ao bebê, como também às experiências pulsionais que tendem a integrar o indivíduo a partir de seu interior.

Enfim, será a partir de experiências com momentos de não-integração e momentos de integração, que o bebê poderá finalmente completar sua integração. Reconhecer no outro algo uno para reconhecer-se uno e não algo composto de partes.

Outro momento de grande importância para Winnicott será o da personalização. Neste ponto, ele considera como fundamentais, tanto as experiências pulsionais como às tranquilizadoras, referentes ao cuidado corporal para o processo de personalização. Por personalização deve se entender o sentimento de pertencer ao seu próprio corpo, ou seja, ter um recorte próprio.

Finalmente, Winnicott propõe um terceiro processo importante existente no desenvolvimento emocional primitivo : a realização. Realização enquanto adaptação à realidade, considerando-se aí a apreciação do espaço e do tempo e de outras propriedades da realidade.

Ao falar da relação entre o bebê e o seio da mãe , mostra como se forma a primeira ligação (vínculo) feita pelo bebê com um objeto externo que, culminará na primeira vinculação do bebê a um ser humano. Vê por um lado o bebê, solicitando o seio, o alimento, e por outro, a mãe pronta para responder à solicitação. Isso proporcionará que mãe e bebê compartilhem uma experiência juntos. O bebê poderá então tomar o seio como uma alucinação sua ou como algo que pertence à realidade externa. Assim, há um momento de ilusão. No entanto, o bebê



construirá a partir de então, a capacidade de evocar o que realmente é disponível na medida em que evoque e se apresente, alternadamente, ou em momentos distintos, o seio alucinado e o mamilo real. Como o mamilo real se apresenta associado às sensações, cheiro e visão, o bebê passará aos poucos, a distinguir o seio alucinado do seio real.

Para Winnicott a importância da mãe é vital, especialmente, nos primórdios do desenvolvimento psíquico. É ela quem fornece o "primeiro pedacinho simplificado de mundo" que o bebê passa a conhecer. A partir daí é que se dará a aceitação da realidade externa e as satisfações que nela poderá encontrar ou não. O leite real é certamente muito mais gratificante que o leite imaginário.

Winnicott, desenvolve ainda um outro conceito importante para o desenvolvimento emocional primitivo: o da mãe "suficientemente boa". Para ele, a mãe não deve ser nem invasiva nem evasiva, mas sim aquela que é capaz de fazer uma adaptação ativa às necessidades do bebê e diminuir gradativamente tal adaptação na medida em que seu bebê já tenha condições de tolerar melhor os resultados das frustrações.

Esse conceito é fundamental segundo o autor para a futura saúde mental da criança.

Assim, considerando-se as teorias aqui apresentadas,

evidencia-se a quantidade de eventos presentes na formação do vínculo afetivo inicial no ser humano e sua importância para a vida psíquica.

Se, como foi visto anteriormente, a condição primeira do bebê humano é de fragilidade e total dependência, com o nascimento, ele necessitará de cuidados especiais. Estes cuidados não se limitam ao suprimento alimentar e à higiene, mas deverão ser acompanhados de carinho, ternura, enfim de manifestações de afeição que vão, é claro, muito além de atitudes técnicas e/ou intelectuais, para que assim o bebê possa progredir em seu desenvolvimento e aquisições. Sobre tudo nos primeiros meses, parece ser vital a inclusão do acon-chego corporal da mãe, os carinhos, as verbalizações, um ambiente estável, uma alimentação que não represente simplesmente nutrição, mas permita ao bebê conhecer e contactar o corpo da mãe. É bem mais importante a atitude subjetiva de quem cuida do bebê do que a importância objetiva desses cuidados. Enfim, é necessário que o bebê encontre disponibilidades suficientes às suas demandas não só orgânicas, mas também à essas que lhe permitirão o acesso ao simbólico. Se a aproximação física, o apego à mãe (ou a alguém que a substitua) através de um conta-to íntimo e carinhoso falta, quer dizer, se no início da existência ocorrem disfunções importantes na dimensão relacional, muitas dificuldades na integração da personalidade certamente aparecerão. A influência e a eficácia do contato carinhoso cons-tante nos primeiros meses de vida, foi demonstrada também através de observações e experiências com outros mamíferos. Por exemplo, Harlow que, fez estudos comparativos de comportamen-

to entre porcos e macacos Rhesus, chega a conclusões seme  
lhantes a dos psicanalistas, sô que por caminhos diferentes.  
Mostra como a presença afetiva da mãe oferecendo contato ínti  
mo é indispensável para despertar principalmente o comporta  
mento psico-sexual dos mamíferos. Sem esta presença eles de  
senvolvem comportamentos anormais na convivência com seus se  
melhantes: "A fêmea, quando mãe, o será negativamente, isto é,  
sem a capacidade maternal comum à espécie na criação dos fi  
lhotes" (Harlow, 1962:1-9).

Apesar dos autores divergirem quanto a origem, na  
tureza e desenvolvimento primitivo do psiquismo humano e quan  
to ao processamento das primeiras ligações afetivas, (as rela  
ções objetais e os primeiros vínculos) pode-se dizer que já  
existe consenso entre estudiosos do psiquismo infantil, em re  
lação ao papel estruturante que a "realidade externa" desempe  
nha. Mesmo Freud que basicamente estudou o funcionamento psí  
quico através do relato de pacientes adultos, menciona a im  
portância da "realidade externa" e de que forma ela possibili  
ta a evolução do narcisismo primitivo no ser humano:

"Os instintos sexuais que desde o início exigem  
um objeto, e as necessidades dos instintos ao  
ego, que jamais são capazes de satisfação auto  
-erótica naturalmente perturbam esse estado de  
{narcisismo primordial} e dessa forma preparam  
o caminho para um avanço a partir dele. Na rea  
lidade, o estado narcisista primordial não se  
ria capaz de seguir o seu desenvolvimento, se  
não fosse pelo fato de que todo indivíduo passa  
por um período durante o qual é inerte, necessi  
tando de cuidados e durante o qual suas necessi  
dades prementes são satisfeitas por um agente ex  
terno, sendo assim impedidas de se tornarem maiô  
res" (Freud, 1915:156) nota de rodapé 2.

Assim, os estudiosos do psiquismo infantil terminam por orientar-se inevitavelmente pela gênese e evolução das relações que o bebê irá gradativamente estabelecendo com o outro e a importância das mesmas para seu desenvolvimento posterior.

Não se trata de negar a importância deste tipo de orientação, principalmente por ter ele oferecido a oportunidade de uma maior conscientização da importância da relação mãe-bebê. Soulé, por exemplo, ao se referir a esta relação, afirma que:

"cada distúrbio funcional do bebê apresenta-se como um sintoma que trai uma doença ou uma síndrome devida a uma disfunção no âmbito de uma entidade mais complexa: a díade estruturada progressivamente pela relação mãe-criança".  
(Soulé, 1981:30)

Parece entretanto, que atualmente se pode apontar também, o fato da vida psicológica no ser humano estar vinculada a um sistema binário onde seus fundamentos se desenvolvem. Como o recém-nascido oscila fundamentalmente entre um estado de quietude e desprazer, esta alternância existe certamente desde o nascimento e pode-se supor até mesmo antes dele, constituindo-se na própria polaridade inata dos instintos.

O que se quer registrar então, é que existe, a partir de bases filogenéticas, um desenvolvimento ontogenético constitutivo do ser humano; o simbólico, a linguagem. Assim, a alternância binária entre quietude e desprazer, que se pode

associar à vínculos e separações, faz parte de uma ordenação lógica própria do ser humano.

Já de início, o bebê traz em seu repertório psíquico tal alternância, que depois, ainda de modo simbiótico, passa a fazer parte do que Fusco e Smirnoff denominam de "espaço fusional". Este funciona de acordo com as características do inconsciente original, ignorando a separação dos contrários e a oposição entre o único e o múltiplo. A seguir o espaço fusional, através da co-inclusão de dois espaços - o da mãe e do bebê - permitiria a identificação primária, o esboço de uma identidade.

Na prática diária, há mães que, apesar de morarem longe do hospital e terem uma situação econômica difícil, visitam diariamente seus bebês. Quando proibidas de entrar no local onde seus bebês estão internados, por questões da rotina hospitalar, passam inúmeras horas diante do vidro a olhá-los de longe, e algumas, dizem: "Não faz mal, venho de longe, não posso entrar, mas pelo menos converso com ele pelo vidro. Sei que ele está aí".

Portanto, levando-se em conta a perspectiva teórica acima exposta, que postula a existência da linguagem como constitutiva do ser humano, e também a observação prática da importância da "conversa" para a ligação mãe-bebê, conclui-se que o diálogo, mãe-bebê, através de vínculos e separações, constitui-se em importante fator para o estabelecimento de re

lações com o outro e é muito importante para a formação do vínculo afetivo e do desenvolvimento emocional harmônico do sujeito.

Alguns fatos importantes relativos ao estabelecimento do vínculo afetivo no ser humano, têm sido bastante observados nos últimos tempos. Um dos mais impressionantes é o que se segue: especialistas de terapia intensiva em neonatologia perceberam que após terem sido realizados enormes esforços para salvar a vida de bebês prematuros e/ou que ao nascer já se apresentam portadores de patologias orgânicas importantes, os quais não tiveram contato constante com seus pais, os esforços foram praticamente inúteis. Após receberem alta hospitalar intactos e saudáveis, esses bebês voltaram praticamente destruídos por seus pais. (Klaus Kennell, 1978:16).

A partir de tais evidências, imagina-se que apenas o fato de se separar tão precocemente bebês de seus pais para tratamento médico, já traz em si um grave problema: o da ruptura de um funcionamento natural do ser humano - o diálogo, a comunicação através da linguagem simbólica.

O vínculo que o bebê gradativamente estabelecerá parece, por sua vez, também estar inscrito nesta mesma ordem. É provável que no início as interações entre mãe e bebê, sejam recebidas por este puramente ao nível do fisiológico e que a expressão da sua "linguagem" seja também desta natureza. Só depois, em outros momentos, elas passarão então ao nível da consciência.

Algo semelhante é dito por Watslavsky e outros no livro "Pragmática da Comunicação Humana" (1973.57). Os autores apresentam os conceitos de comunicação analógica e digital. A comunicação analógica é a que se utiliza de qualquer forma de expressão não-verbal: signos, gestos, desenhos, etc. e a comunicação digital seria a linguagem propriamente dita. O homem parece ser o único organismo conhecido que se utiliza os dois modos de comunicação: o analógico e o digital.

Assim, imagina-se que desde o início estejam presentes no relacionamento mãe-bebê, os dois tipos de comunicação. Embora o bebê se comunique apenas analógicamente, ele tem no entanto, já presente nos primórdios de seu desenvolvimento, a comunicação digital, através da fala de quem dele cuide. Portanto, este tipo de comunicação, que só se instala gradativamente, passa a fazer parte de seu repertório de possibilidades de se comunicar.

Bebês internados num CTI pediátrico enfrentam sérios problemas do ponto de vista do seu desenvolvimento emocional em momentos muito iniciais de suas vidas. A patologia que os atinge, as adversidades das condições objetivas a que são submetidos - separação precoce de seus pais, práticas médicas consideradas agressivas, atendimento de cuidados básicos, de higiene e alimentação realizado por várias pessoas distintas e ainda a impossibilidade de compreender (e atender para) suas necessidades em vários momentos, são dos maiores problemas. Para além de todos estes, no entanto, está ainda u

ma adversidade fundamental, a impossibilidade de estabelecer o diálogo inicial com o outro que poderia dar respostas satisfatórias e significativas às suas necessidades.

Segundo Fain,

"a doença orgânica separa o bebê de seu ambiente e a perturbação profunda que este sente não pode ser acalmada pelo meio, que se torna por isso falho. Por muito pouco que se prolongue, a enfermidade constitui um grave traumatismo de base". (Fain, 1981:35).



## V - SENTIMENTOS DE CULPA

A frequência com que os pais trazem para os Grupos os sentimentos de culpa relativos à doença do bebê, impõe necessariamente uma reflexão sobre o tema. Isto porque, na maioria das vezes, as idéias e fantasias de culpa, não correspondem nem apresentam qualquer correlação com a doença do bebê em si. Poucos são os casos em que se pode detectar e identificar por hereditariedade e/ou por transmissão a doença e, entretanto, os pais sempre tendem a responsabilizar-se e atribuir a si mesmos, ou a algo que lhes tenha ocorrido, a culpa pela doença do filho.

Perguntam sistematicamente se o problema de terem casado contra a vontade dos pais e, portanto, tensos e preocupados pode ter influenciado na doença; se uma fruta muito citrica ingerida durante o período de gestação, o tombo que a mãe levou, as contrariedades e aborrecimentos com o patrão, o fato de serem primos entre si, se foi castigo de Deus por não terem casado na Igreja, enfim, poder-se-ia, enumerar aqui um sem fim de fantasias destes pais sobre sua culpa na doença do filho.

Acredita-se que apenas o fato de ter gerado um bebê doente, necessitado de cuidados médicos intensivos, possa, por si só, desencadear sentimentos de culpa. Afinal, os pais

sentem-se responsáveis pelo bebê que geraram. Entretanto, isso só não parece suficiente para explicar a presença relevante de sentimentos de culpa por parte dos pais. Ao que tudo indica, é do "jogo" de vida e morte que parecem originar-se os sentimentos de culpa, como se tentará explicar a seguir. Estes dois elementos - vida e morte - encontram-se presentes a todo instante nos pais que aqui são objeto de estudo. Ou seja, já no início da vida do filho, eles vislumbram também a possibilidade da morte do mesmo. Portanto, imagina-se que a própria situação de ter um filho doente, onde a alternância simultânea de possibilidades de vida e morte ocorre a todo momento, ocasione e intensifique o aparecimento dos sentimentos de culpa.

Uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos da culpa parece imprescindível quando são abordados temas diretamente relacionados com a saúde mental do ser humano, pois há um certo consenso entre os autores quanto à importância e à influência da mesma na etiologia das neuroses e psicoses.

O aparecimento dos sentimentos de culpa no homem permite várias abordagens. A filosofia, a religião e a psicanálise são pródigas em alusões e referências a respeito dos mesmos. Entretanto, o interesse que despertam as várias hipóteses explicativas, e até mesmo as divergências que acarretam, refletem a inegável importância dos mesmos para o estudo do ser humano. Os sentimentos de culpa, pode-se dizer, fazem parte da estrutura mental do homem.

Ainda que não exista uma total coincidência de pontos de vista por parte dos autores psicanalistas em relação à origem dos sentimentos de culpa, a maioria deles ressalta a importância dos aspectos ligados à agressividade, a Thanatus, no aparecimento e no desenvolvimento de tais sentimentos. Assim, apesar de certas divergências teóricas, pode-se considerar que, direta ou indiretamente, a culpa se associa aos ataques reais ou imaginários infringidos a objetos ou pessoas.

Pode-se dizer, que no desenvolvimento emocional primitivo, tais ataques são descritos na literatura psicanalítica como tendo sido infringidos a alguém ou a algo que se ama, tornando-se por isso, geradores de culpa.

Freud abordou os diversos aspectos dos sentimentos de culpa em momentos distintos de sua obra. No entanto, sabe-se que de modo geral, a culpa para o referido autor, remete-se basicamente à herança deixada pelo assassinato do chefe da horda primitiva por seus filhos pela posse das fêmeas, herança que se repete nas fantasias de ataque em relação aos pais na situação edípica. Entretanto, na obra de Freud pode-se identificar ainda uma vinculação dos sentimentos de culpa ao interjogo de Eros e Thanatos, anterior à situação edípica propriamente dita, conforme citação abaixo:

.. "Matar o próprio pai ou abster-se de matá-lo não é, realmente a coisa decisiva. Em ambos os casos todos estão fadados a sentir culpa, porque o sentimento de culpa é uma expressão, tanto do conflito devido à ambivalência, quanto da eterna luta entre Eros e o instinto de destruição ou morte". (Freud, 1930:156)

A culpa aparece portanto, quando o sujeito comete ou imagina ter cometido algo que considera "mau", ou simplesmente quando reconhece em si a intenção ou o propósito de fazê-lo. Portanto, a culpa está relacionada à intenção, ou seja, às fantasias inconscientes.

Inicialmente, Freud considerou que a culpa se relacionava a toda tendência erótica frustrada. Entretanto, mais tarde, chegou à conclusão de que só a agressão provocaria tal sentimento. Assim, coloca o aparecimento da culpa como associado a uma exigência erótica insatisfeita que provoca o desencadeamento de agressividade contra a pessoa que impede tal satisfação. Esta agressão por sua vez, quando controlada (coartada) se transformará em culpa e se dirigirá ao super-ego.

Já para Melanie Klein, os sentimentos de culpa estão associados ao aparecimento da posição depressiva que se instala quando o bebê descobre que tanto o objeto "bom" quanto o "mau" são um só, e para este mesmo objeto canaliza suas pulsões agressivas e amorosas.

Apreende-se daí, que para Melanie Klein, os sentimentos de culpa têm origem em momentos bem iniciais do desenvolvimento psíquico do ser humano, anteriores até à situação edípica. Tal abordagem, como se vê, contraria a postulada por Freud.

Apesar de identificar e associar a culpa à posi -

ção depressiva, a autora ressalta a possibilidade dela ser vislumbrada nas primitivas relações objetais da criança, isto é, em sua relação primeira com o seio materno. Fundamenta sua hipótese na idéia de existir desde o começo da vida, a tendência do ego para integrar-se, sintetizando as partes do objeto. Diz considerar esta tendência à integração como uma expressão do instinto de vida. Segundo a autora, nos estados de integração encontra-se, de certo modo, a síntese a amor e ódio, com relação aos objetos parciais, o que dá origem à ansiedade depressiva, à culpa, à vontade e a possibilidade de fazer reparação, mesmo tratando-se de um objeto parcial.

Para a autora, a essência da culpa está na percepção de que os danos inflingidos ao objeto amado são causados pelos impulsos agressivos do próprio sujeito. Conclui dizendo que:

"a culpa está inextricavelmente vinculada à ansiedade (mais exatamente, a uma forma específica, a ansiedade depressiva); provoca uma tendência reparadora e manifesta-se, durante os primeiros meses de vida em conexão com os estágios iniciais do superego."  
(Klein, 1978:307)

Já Grinberg, em seu livro "Culpa e Depressão", postula a existência de dois tipos distintos de culpa: depressiva e persecutória.

Utilizando os conceitos kleinianos de posição esquizo-paranóide e posição depressiva, o autor postula a existência dos referidos tipos de sentimentos de culpa, sem no

entanto vinculá-los diretamente a tais conceitos, mas sim, afirmando que eles podem caminhar paralelamente.

A culpa persecutória origina-se precocemente e instala-se de forma automática juntamente com as angústias da fase esquizo-paranóide e com as frustrações e fracassos da fase depressiva que tem como função apaziguar um objeto temido. Na culpa persecutória existe o sentimento de algo (um dano) já ocorrido, na realidade ou na fantasia, ao eu ou ao objeto, e que produz não apenas temor a uma represália, mas também desespero, dor e pena, ainda que predomine o medo.

Assim sendo, para Grinberg, a situação de nascimento em si, já ocasionaria a possibilidade do aparecimento da culpa persecutória, uma vez que já nesta ocasião, o ser humano convive com uma primeira perda. Sabe-se que, para nascer, o feto precisa realizar um movimento ativo, ao mesmo tempo em que perde com isso, uma situação anterior onde suas necessidades eram constantemente atendidas. Na ocasião, ocorrem duas perdas: a da simbiose orgânica com a mãe, pela ruptura do cordão umbilical, e a de partes de si próprio, ou seja, da membrana fetal e do cordão. Desta forma, o recém-nascido possuiria a vivência primitiva de ter influído nestas transformações, o que viria a constituir-se, segundo o autor, em culpa persecutória.

Por sua vez, a culpa depressiva está relacionada com a possibilidade e o desejo de reparar o objeto amado e

perdido. É este processo que capacitará o ego a integrar-se cada vez mais e a desenvolver sua função de síntese. Sendo, entretanto, um processo lento e gradual, permaneceriam remanescentes de culpa persecutória que, segundo Grinberg, são atualizados nas situações traumáticas de perda e dor.

Refletindo-se acerca dos diferentes conceitos teóricos sobre as origens dos sentimentos de culpa, torna-se mais fácil compreender a razão de sua importância para o trabalho com os Grupos.

A situação de nascimento, que já traz implícita uma perda e uma separação, mais a doença da criança, favorecem o aparecimento de sentimentos de culpa, pois, como vimos, tais sentimentos originam-se fundamentalmente das dificuldades dos pais em lidar com tais situações.

Nos grupos realizados, foi possível identificar duas situações distintas ocasionadoras de sentimentos de culpa. A primeira, sem causa aparente, surge como uma necessidade de culpar-se pela doença do bebê e pode ser incluída naquilo que se considera a "culpa atávica" do homem, ou seja, a culpa que ocorre naturalmente nas situações de separação, perda e dor. Por outro lado, encontra-se a rejeição - consciente ou inconsciente - em relação ao filho doente, como geradora de culpa. Preferir que o filho tivesse morrido ou mesmo que não tivesse nascido, são desejos muitas vezes

expressos pelos pais. Entretanto, reconhecer tais desejos e ataques à existência de seu próprio filho, não é tarefa fácil, ocasionando portanto, fortes sentimentos de culpa.

Em relação aos sentimento de culpa a tarefa principal do Grupo é a de, em primeiro lugar, dar oportunidade para que eles sejam expressos. Em seguida, cabe trabalhá-los no sentido de que os pais possam transformar a culpa persecutória ou seja, apenas auto-acusadora em uma culpa depressiva, se se quiser tomar emprestado a linguagem de Grinberg, ou seja, aquela que permite a reparação e está portanto associada ao instinto de vida e de preservação.

Acredita-se que a culpa dos pais sendo elaborada, exista a possibilidade de uma aceitação menos sofrida por parte dos pais desses bebês com dificuldades, uma vez que aliviam-se de seus penosos sentimentos de culpa e podem-se sentir então como figuras possíveis e indispensáveis na recuperação do bebê e em seu desenvolvimento posterior.



## VI - O ESPAÇO DA CRIANÇA

Com grande frequência, os pais trazem para os Grupos suas ansiedades com respeito ao desenvolvimento e à evolução futura da criança. Indagam, por exemplo, se poderão jogar futebol, andar de bicicleta, se deverão ter algum tipo de tratamento especial, qual a alimentação mais adequada, etc.

Refletindo sobre suas indagações, considera-se que estão implícitas as seguintes perguntas: Meu filho viverá? Ficará curado? Como será seu desenvolvimento posterior? Evoluirá como qualquer criança, terá sequelas, ou não, em função de sua doença atual? Enfim, como será no futuro?

Evidente que nenhuma resposta definitiva pode ser dada a tais questões. Até mesmo quando a equipe médica tem condições de antever a evolução futura, a experiência mostra que os casos diferem muito entre si. Com toda certeza, pode-se atribuir tais diferenças, à postura dos pais diante dos filhos e do significado que a criança e sua doença têm para a famí - lia, assim como da capacidade de resposta de cada criança. Ou seja, pode-se dizer que, o prognóstico dependerá essencialmen te da interação pais-bebê, onde porém os pais ao que se entende representam papel preponderante.

"O papel que pode representar a doença dumacriança numa família, o que ela vai representar para todo um grupo, é de tal ordem que se torna impossível distinguir nos membros desse grupo, a lesão orgânica original, e saber onde começa a doença do filho e onde acaba a nevrose dos pais". (Audry C. in Mannoni, 1977:11)

Assim sendo, propõe-se aqui uma reflexão sobre o significado histórico do espaço e do significado da criança na sociedade e na família através dos tempos, como também uma reflexão sobre o lugar da criança junto aos pais ou seja, a necessidade e importância para o pleno desenvolvimento emocional da criança, que a mesma encontre seu espaço próprio.

Esta reflexão se acredita aqui pertinente, uma vez que sabe-se quanto a doença de um filho mobiliza os pais que na maioria das vezes, adotam atitudes rejeitadoras ou super protetoras, mesmo que inconscientemente. Projetam suas ansiedades, idealizações e sentimentos sobre a criança que fica então impedida de livrar-se dos desejos de seus pais e encontrar seu próprio caminho e espaço. Estas dificuldades que encontram as crianças em função de tais projeções para trilhar seu próprio caminho e encontrar seu espaço é identidade, vêm sendo apontadas pelos estudiosos do psiquismo humano, principalmente pelos ligados à terapia familiar, como importante fator de adoecimento psíquico.

Analisando-se escritos de historiadores e sociólogos, verifica-se que o significado e o papel da criança vem alterando-se através dos tempos de modo importante na sociedade.

Phillipe Ariès (1978) mostra em seu livro "História Social da Criança e da Família", como a partir da Idade Média uma série de transformações vêm ocorrendo com a imagem da criança. O autor afirma que naquela época histórica a repre -

sentatividade infantil era praticamente nula, ou seja, a criança era considerada um adulto pequeno, sem traços ou características que a definissem enquanto tal. Desde muito pequenas, as crianças participavam da vida dos adultos tanto em relação aos trabalhos, quanto aos jogos e divertimentos. Exemplificando tal situação, relata que Luís XIII no século XVII, aos três anos de idade, já lia e aos cinco, já gostava da Bíblia, dela selecionando trechos de sua preferência. Revela que, pelo menos até o século XVII, as roupas das crianças, eram roupas de adultos. Logo que abandonavam os cueiros, eram vestidas como pequenos adultos. Foi somente a partir do século XVII que transformações nas vestes das crianças ocorreram, identificando-as então através de detalhes próprios, como crianças.

Ariès mostra que a Idade Média praticamente apagou a maior discriminação que já existia nos povos antigos entre adultos e crianças. Ao que parece, a Antiguidade preocupava-se com a transmissão do saber para as crianças e lhes conferia um estatuto próprio na sociedade. A Idade Média termina com tal diferenciação, misturando adultos e crianças. Foi somente na Idade Moderna, provavelmente em função do aparecimento da escola como instituição e o advento das grandes descobertas, que novamente voltou a existir uma maior delimitação entre o período da infância e da idade adulta. Atualmente como se sabe várias ciências específicas dedicam-se ao estudo da criança, entre elas principalmente a Psicologia, a Pediatria e a Psicanálise.

A ciência moderna compreendeu o quanto o crescimento da sociedade está condicionado ao pleno desenvolvimento das crianças. Voltou, portanto, sua atenção para as mesmas. Atualmente existe toda uma publicidade específica para as atividades e interesses infantis visando principalmente a alimentação, vestimentas, educação e diversões adequadas. Neste sentido, sem dúvida, registrou-se um grande progresso. No entanto, na nossa sociedade, a maioria dos pais ainda cultiva expectativas exageradas em relação aos filhos, depositando neles a esperança de que venham, mais tarde, a realizar os sonhos e projetos que eles mesmos não puderam ou não foram capazes de realizar.

Um fato importante e que parece ter também contribuído muito para uma maior atenção aos problemas da infância, é a possibilidade de maior sobrevivência atualmente, graças ao avanço da Medicina, de um número muito maior de crianças que, anteriormente morriam por falta de recursos. Isso quase que obrigou os profissionais de Medicina e áreas afins, a voltar seus estudos e atenção, para períodos onde praticamente nexistia uma maior atenção às crianças em tal faixa etária, ou seja, o período neo-natal.

Assim a criança nas sociedades modernas ocupa lugar de destaque, recebendo inclusive, maior atenção que em outros tempos. Se, por um lado, essa atenção pode lhe ser vantajosa, por outro é preciso que não se coloque nas crianças o peso da responsabilidade de ter que necessariamente satisfa-

zer e realizar o desejos dos adultos. Sabe-se o quanto é importante para o pleno desenvolvimento da personalidade do ser humano que a criança consiga libertar-se da soma de projeções e ideais que fazem os pais em geral sobre seus filhos, no sentido de encontrarem seu caminho e desejo próprios.

Para muitos autores de orientação psicanalítica, o lugar que ocupam os pais na infância do ser humano tem a ver menos com suas próprias qualidades e características pessoais, mas sim muito mais com aquilo que de fato os marcou na infância.

Thereze Benedek (1959) aponta como a estruturação da personalidade da criança se dará em função do que nomeia "espiral transacional", ou seja que desde o início a interação mãe-bebê levará em consideração e terá seu curso relacionado tanto com as reações do bebê, quanto com as da mãe. Por um lado, existe a mãe, com suas experiências passadas relativas à maternidade, inclusive as vividas enquanto filha-bebê, e que ao ter seu próprio bebê coloca suas expectativas relativas à maternidade no mesmo. Se a mãe obtém por parte do bebê uma resposta positiva e agradável a essas suas expectativas, então sua confiança na tarefa de ser mãe provavelmente aumentará. Benedek acredita que a confiança e o núcleo ambivalente no ser humano que segundo ela, são estruturas mentais primitivas, têm sua origem nos afetos dos processos transacionais positivos se desenvolvem a confiança e negativos se desenvolvem o núcleo ambivalente. Admite portanto a idéia de que, tanto a

maternidade quanto a paternidade, constituem-se também como fases do desenvolvimento emocional do ser humano. Daí depreende-se facilmente o quanto os pais estão mobilizados ao assumir a paternidade, e como pouco se discriminam dos mesmos.

Na opinião de Leclaire, psicanalista francês da atualidade, "o amor dos pais tão comoventes e, no fundo tão infantil, nada mais é do que o seu narcissismo que acaba de renascer ..." (Leclaire, 1977:21). Segundo este autor, a questão fundamental e ao mesmo tempo a mais conflitiva do ser humano é que, para que o sujeito encontre seu espaço próprio, é necessário "matar" a criança que nele existe, ou melhor dizendo, o que chama Leclaire de: "a destruição da representação narcísica primária". Em outras palavras: quando o ser humano nasce, tem sua existência vinculada principalmente aos sentimentos, emoções, enfim ao desejo de outros (seus pais ou quem dessa função se investir), sendo aí portanto que tem o seu espaço e significado. Entretanto, para o ser humano encontrar seu próprio desejo e espaço, é necessário que destrua (mate) aquele que lhe foi dado e que é também parte e razão de sua existência. Daí o conflito: para a conquista de seu próprio espaço, o sujeito tem que abandonar algo que é em si a razão de sua existência, mas que por outro lado o impede de existir, uma vez que sem abandonar, não encontrará nunca sua própria existência, ou seja, seu próprio espaço. E aqui estão, novamente, vida e morte associados.

Considerando-se, portanto, o relacionamento entre pais e filhos, torna-se imprescindível compreender que os mesmos estão tão intimamente ligados e de modo tão pessoal e único que seus afetos, sentimentos e emoções, afetam constantemente um ao outro.

Assim sendo, cabe ao profissional interessado na criança, compreender que na maioria das vezes, o discurso dos pais sobre a criança é o discurso de suas próprias dificuldades.

Se para toda criança, já se impõe o difícil conflito acima exposto na busca e conquista do próprio espaço, torna-se fácil imaginar que quando a criança nasce doente, as dificuldades necessariamente aumentam.

Maud Mannoni (1977) em seu livro "A criança atrasada e a mãe", refere-se ao nascimento de uma criança na medida em que a mãe a deseja durante a gravidez, como uma recompensa ou a repetição de sua própria infância: um sonho encarregado de preencher o que lhe faltou no passado, ou uma imagem fantasiosa que se sobrepõe à imagem real do filho. Entretanto se a criança nasce doente, diz Mannoni,

"a criança não só tem que fazer face a uma dificuldade inata (ou adquirida), mas ainda à maneira como a mãe traduz isso de fato, num mundo fantasmagórico que acaba por ser comum aos dois".  
(Mannoni, 1977:19)

## VII - OS GRUPOS - REFLEXÕES E AVALIAÇÃO

O objetivo agora é refletir sobre o material obtido a partir dos participantes dos Grupos de atendimento aos pais.

Quando do início da formação dos grupos, até por ser este um tipo de trabalho relativamente novo, inclusive na prática médica, de fato não se sabia ao certo como conduzi-lo, nem se conheciam as necessidades dos participantes. Assim sendo, o que se fez no início, foi reunir os pais e ouvi-los. À medida, no entanto, que o trabalho foi se desenvolvendo e tomando novas dimensões, alguns aspectos tornaram-se mais claros, e sua compreensão revelou-se fundamental.

Na cultura ocidental atual, a doença orgânica, qualquer que seja ela, está sempre associada à idéia de morte, a algo que atemoriza. Quando alguém diz "Fulano está doente" , vem logo a interrogação "É mesmo? O que ele tem?" A própria interrogação evidencia surpresa e preocupação. Entretanto, a qualidade da doença que aqui se aborda, parece assumir características ainda mais especiais por ocorrer num momento muito inicial do desenvolvimento e pela gravidade que envolve. Estes dois aspectos trazem associados uma séria ameaça à vida e revelam de imediato os cuidados que se deve ter ao atender pessoas que passam por tal tipo de situação.

A princípio, como se tratava de algo novo e desco-



nhecido, tanto para os coordenadores do trabalho quanto para os participantes dos Grupos, nada existia de organizado quanto à forma de coordenar e à de direcionar o trabalho com os referidos Grupos. Psicólogo e pediatra intervinham, então, principalmente ao nível do intuitivo, embora levassem em conta os conhecimentos específicos de suas áreas. Não havia, portanto, uma reflexão prévia a respeito do trabalho. Naquela altura, era evidente uma intensa e frequente oscilação nas atitudes dos participantes dos Grupos. Com isto se quer dizer, que ora os pais apresentavam atitudes defensivas frente aos aspectos mais graves das doenças dos filhos negando-os, ou se referiam apenas a aspectos mais superficiais, preferindo falar sobre o futuro dos bebês, futuro este que não se podia saber se existiria ou não. Por tudo isso, muitas vezes emergiam no Grupo, situações de alta ansiedade que provocavam o choro convulsivo dos participantes. Hoje, imagina-se que tal oscilação tenha decorrido principalmente da falta de experiência e da pouca habilidade dos coordenadores que se ressentiam da ausência de material e de prática suficiente para uma reflexão mais aprofundada sobre o manejo do Grupo.

À medida, no entanto, que o trabalho foi se desenvolvendo, tornou-se possível uma melhor compreensão dos requisitos necessários ao manejo apropriado que nos permitisse lidar corretamente com os pais tendo em vista a situação específica por que passam os mesmos. Ficou evidente que estes pais necessitam de muito carinho, carinho este que deve ser compre-

endido como interesse e permanente atenção às suas solicitações e necessidades básicas, uma vez que se sentem extremamente impotentes diante da doença de seus filhos. Com frequência mostram-se frágeis, desamparados e bastante desorientados do ponto de vista emocional. Desde o início do trabalho, tornou-se evidente, que os pais necessitavam de pessoas de atitudes firmes, mas carinhosas, que os auxiliassem a suportar sua enorme dor, e que lhes devolvessem sua auto estima e auto confiança. Na verdade, buscavam na equipe de saúde, pessoas em quem pudessem confiar e com as quais viessem a estabelecer vínculos. Atender a este tipo de necessidade passou, de fato, a constituir-se no primeiro objetivo do nosso trabalho com os Grupos de pais.

De modo geral, ter um filho já é em si algo que modifica a estrutura emocional das pessoas, até mesmo pelas expectativas que se criam a respeito de como será o bebê. Durante a gestação normal, mãe e pai elaboram uma imagem mental de como será o filho que vai nascer. Uma das primeiras coisas que o nascimento evidencia, é a discrepância entre esta imagem ideal e o filho de verdade. O bebê imaginado está, em geral, relacionado a desejos da experiência de vida dos pais. Ter um filho, portanto, significa teoricamente, a expressão máxima de amadurecimento das funções sexuais e reprodutoras, bem como a comprovação deste amadurecimento. Assim, quando um bebê nasce gravemente doente - como os que aqui são objeto de estudo - um grande número de alterações emocionais podem ser observadas, principalmente pelo fato da doença da criança mobilizar, logo

de saída, aspectos do psiquismo humano, relacionados ao narcisismo e aos sentimentos de culpa. Ter gerado um filho doente, ou que adocece logo após o nascimento, e que por isso necessita ser cuidado por outros que não seus pais, parece ser, em si mesmo, uma "ferida narcísica" importante, remetendo os pais a situações primitivas de seu próprio desenvolvimento psíquico, onde também se encontravam à mercê dos cuidados dos outros. Por outro lado, tal situação coloca os pais diante da dúvida quanto a sua maturidade orgânica e psíquica. Supõe-se, então, que a partir daí, apresentem regressões e se desorganizem emocionalmente, passando a necessitar de cuidados tão básicos, do ponto de vista emocional, quanto os que devem ser destinados aos bebês. Tais cuidados vão permitir uma discriminação entre pais e filhos e devolver aos pais, a possibilidade de cuidar dos próprios filhos.

A partir do início da experiência de trabalho com estes Grupos até o presente momento, pode-se dizer que os pais apresentam frente à doença dos filhos, reações emocionais muito primitivas, algumas até semelhantes às descritas pelos estudiosos do psiquismo infantil. Ainda que existam diferenças individuais e que as reações dos pais variem em função do grau de maturidade emocional e do tipo de estrutura de suas personalidades, é possível identificar alguns funcionamentos comuns no comportamento de todos estes pais. É sobre isto que falaremos a seguir.

Ter gerado um filho tão gravemente doente ou prema

turo e que não pode ser cuidado por seus próprios pais, remete os pais a uma situação confusa e pouco discriminada, onde revivem a situação de estarem à mercê e na dependência de outros, no caso do presente estudo, da equipe de saúde.

Na maioria das vezes, os pais apresentam-se identificados com a doença do filho e sem condições para distinguir o que é e o que não é deles. Com grande frequência perguntam se algo deles teria provocado o problema, passando a colocar em dúvida sua própria integridade. "Se sou perfeito mas meu filho não é, então também não sou". Costumam relatar ser difícil ficar longe do bebê e o vazio que sentem por não o terem ao seu lado.

A situação de internação imediatamente após o nascimento, que ocorre com certa frequência, dificulta sobremaneira a elaboração da perda da situação de gestação. É exatamente o contato afetivo, a possibilidade de olhar, ver, acariciar o bebê real, que é a compensação da situação de perda frente ao nascimento, e que permite o reconhecimento da criança como um outro, é negada aos pais, pela necessidade de socorro e atendimento de urgência ao bebê. Em alguns casos, os pais nem vêem o bebê que é logo removido para o Centro de Tratamento Intensivo. Em casos assim, é muito comum a dúvida frente à veracidade dos fatos e desconfiam que a criança não mais esteja viva. Só quando têm permissão para verem o filho, parecem sentir-se aliviados e passam a acreditar e a se conscientizar

tizar da situação. Nos casos onde um vínculo maior já existia com o bebê, ou seja, quando o bebê adoece um ou dois meses após seu nascimento, o sofrimento causado pela internação pode ser ainda pior. Nestes casos, torna-se necessário um apoio aos pais a fim de que aceitem a internação, bem como um reforço para que aceitem participar dos Grupos e compareçam nos horários estipulados para visitas. É importante que sintam que o interesse da equipe é tratar dos bebês e de devolvê-los o mais breve possível às suas famílias, já que a estas cabem a verdadeira responsabilidade de cuidar deles.

A doença da criança e a situação de internação em si, que não permite aos pais qualquer tipo de reparação para o fato, mas, ao contrário, reforça-os como "maus elementos " ou pelo menos como "dispensáveis no momento", contribui para reforçar as fantasias e sentimentos de culpa em relação à doença do filho. Os sentimentos de culpa fazem emergir atitudes e desejos de reparar o dano causado.

Sabe-se que a reparação é, em si, algo que exige um tempo de elaboração interna. É necessário que o ego encontre-se razoavelmente fortalecido para que possa acreditar em sua capacidade de reparação. Parece claro que este não é o caso dos pais aqui mencionados. Ao contrário, eles se encontram, de modo geral, muito enfraquecidos e pouco confiantes em si e em suas potencialidades.

Assim sendo, os pais se utilizam, em algumas situa

ções, do que se nomeia tradicionalmente na literatura psicanalítica, de defesas maníacas. Tais defesas estão intimamente relacionadas com as situações onde o sofrimento psíquico é tão forte, que a dor só pode ser mitigada através do uso de defesas que protegem o ego do desespero total. Estas defesas são direcionadas fundamentalmente às situações de angústia depressiva e culpa, onde a ambivalência de sentimentos está sempre presente.

Supõe-se aqui, que a situação de crise por que passam estes pais facilite o aparecimento de tais defesas, já que se encontram muito ansiosos e buscam de vários modos, livrar-se desta ansiedade. A ansiedade neste caso, é do tipo depressiva. Amam e odeiam tanto o bebê quanto a equipe. Seu bebê é evidentemente algo bom que possuem, mas lhes traz também sentimentos de culpa, revela sua impotência, sendo, por isso, também odiado. Por outro lado, os pais sabem que dependem da equipe, que ela tem potencialmente condições de ajudá-los a resolver o problema e curar a criança. Mas é ela também quem os separa de seus filhos e que os devolve à condição de dependência.

Invadidos e atormentados por sentimentos de culpa, descontrolam-se, tendendo a procurar exercer controle sobre a situação. As defesas, então, voltam-se contra qualquer tipo de dependência em relação a alguma coisa ou a alguém. Esta tentativa de retomada de controle sobre a situação surge, em primeiro lugar, através da procura de uma explicação convincente

te para a doença, mesmo que esta venha a lhe confirmar a culpa. Sustos, quedas, infecções, ingestão de medicamentos, castigo de Deus, e as mais distintas hipóteses são levantadas. Com alguma frequência tentam também responsabilizar os obstetras ou a primeira equipe de pediatras que atendeu o bebê.

Insatisfeitos, entretanto, prosseguem desesperadamente na busca de um controle, ou melhor, de algo que lhes devolva o equilíbrio perdido. Aparecem então as tentativas de negar a dependência e de um controle onipotente da situação. Interrogam a equipe de saúde sobre detalhes da doença da criança, controlam obsessivamente seu peso, envolvem-se com aspectos técnicos, vão à procura de leituras sobre práticas médicas, chegando mesmo a evocar a experiência de pessoas "curiosas" (avós, vizinhos, etc.) a fim de contrapô-las às medidas tomadas pela equipe. Enfim, tentam se agarrar a qualquer coisa que possa tirá-los da grande ansiedade em que vivem.

Assim sendo, estes pais tentam qualquer situação que lhes conforte um pouco, procurando ser úteis então ao bebê e à equipe que cuida dele. Toda e qualquer solicitação que diga respeito à saúde do filho, é rigorosamente cumprida pelos pais. Eles não medem esforços para conseguirem, por exemplo, leite humano para os bebês, embora muitas vezes esse leite seja difícil de se encontrar e deva chegar ao hospital pela manhã bem cedo e em quantidade suficiente. Quaisquer que sejam as condições sócio-econômicas dos pais (e em geral não são boas) a

equipe não tem tido problema em relação a esta questão, e eles se deslocam de onde quer que residam, perdem o emprego, mas cumprem as solicitações.

São frequentes também os casos de mães que, mesmo já não tendo mais condição de amamentarem seus filhos, indagam sobre a possibilidade de voltarem a ter leite. Perguntam se não há tratamentos ou algo que as capacite novamente para a amamentação. Até mesmo um pai perguntou se não haviam inventado ainda um jeito do homem amamentar.

Se, por um lado, tais idéias e questionamentos revelam o grande desejo de fazer o melhor por seu filho e de reparar um suposto dano causado a ele, por outro, mostram o quanto estes pais se encontram fragilizados e sem capacidade de crítica, uma vez que as tentativas de reparação por eles apresentadas são na maioria das vezes, ingênuas e, geralmente, ineficazes.

Quando um material de tal qualidade é trazido para o Grupo, cabe aos coordenadores valorizá-lo e aproveitá-lo ao máximo, indicando aos pais outras formas, mais eficazes e racionais, de colaboração. Na oportunidade, deve ser realçada a importância das reuniões do Grupo, e também estimulado o contato mais permanente entre pais e filhos e pais e equipe de saúde. Cabe também aos coordenadores, oferecer aos pais a possibilidade de refletirem sobre as questões acima menciona-



das e sobre a culpa que sentem, fornecendo elementos para tal reflexão e visando alcançar um bom resultado. Um exemplo é quando um pai coloca no grupo, a seguinte situação: "Minha mulher ainda está no hospital. Minha licença de trabalho já terminou, mas, mesmo assim, não tem problema. Vou acordar mais cedo, pego o leite, venho ao hospital, e depois vou para o trabalho". A ocasião é propícia para os coordenadores perguntarem se alguém no Grupo teria alguma idéia que ajudasse a resolver o problema de uma outra maneira. Muitas vezes é possível aos outros pais apresentarem soluções alternativas que a própria pessoa diretamente envolvida não consegue visualizar. Quando, nem aos outros pais ocorre uma boa idéia, os coordenadores podem perguntar se não haveria alguém disposto a fazer isso para aquele pai, talvez um amigo ou um membro da família, já que não é imprescindível que seja o próprio pai a trazer o leite para o bebê. Colocação tão óbvia, às vezes é impossível de ser pensada pelos pais que, por se sentirem tão culpados, imaginam que devem dar conta da situação sozinhos.

É necessário, portanto, que se valorizem os aspectos positivos e reais da separação.

As intervenções diretivas aqui apontadas não devem ser tomadas como verdades últimas. O que se pretende é que o Grupo tenha possibilidade de refletir e que os pais sintam von

tade de colaborar uns com os outros, elaborando dentro de si, da melhor forma que puderem, a doença da criança e a forma de participação no tratamento. Cabe, entretanto, aos coordenadores, colocarem para o Grupo aquilo que acreditam como verdade e que imaginam, com base na experiência que têm nesse tipo de trabalho, possa ser o melhor caminho. Para isso, é indispensável, porém, que conheçam relativamente bem a história da família, que ouçam e respeitem os pais em suas necessidades e desejos.

A experiência com este tipo de trabalho revela o quanto é necessário que os coordenadores estejam atentos aos aspectos presentes na dinâmica emocional dos participantes. É fundamental que eles confiem nos coordenadores do Grupo. As intervenções deverão ser feitas de forma suave, tendo sempre em vista, o quanto estas pessoas encontram-se narcisicamente feridas. Com isso não se quer dizer que seja necessário "passar a mão pela cabeça" dos pais ou tomar atitudes piégas. Ao contrário, toda a carga de agressividade e de culpa que o Grupo tenta colocar sobre os coordenadores e a equipe que cuida dos bebês, constitui-se em material de reflexão e não pode ser aceito simplesmente, sob pena de se formarem novos sentimentos de culpa e de se iniciarem círculos viciosos, impossíveis ou, pelo menos, muito mais difíceis de serem rompidos posteriormente. Quando as críticas à equipe são feitas no Grupo e não correspondem à verdade e sim estão vinculadas a idéias e sentimentos de culpa, sempre que possível, devem ser trabalhadas na hora. Quando a crítica ou consideração é levantada

por algum pai, fora do Grupo, a equipe é orientada no sentido de solicitar a este pai que leve o assunto para ser avaliado dentro do Grupo.

Acredita-se que sômente após tal percurso no Grupo, é que os pais conseguem discriminar-se do filho e a ter a possibilidade de ampará-lo, passando a enxergá-lo como um outro. Com isso, capacitam-se a apreender suas necessidades podendo, então, vir a satisfazê-las.

Solicitar a estes pais que participem dos Grupos e lhes dizer que estamos (os Coordenadores do Grupo e a equipe que atende ao bebê) disponíveis para ouvi-los e auxiliá-los no que estiver ao nosso alcance, é o mesmo que dizer que os aceitamos como se apresentam, com todas as dificuldades-objetivas e subjetivas - que o fato de terem gerado um bebê doente possa significar.

Esse tipo de atendimento aos pais parece trazer grande alívio quanto ao temor de serem rejeitados por terem gerado um bebê doente e serem, portanto, "maus".

Na medida em que se abre um espaço para que os pais falem de suas expectativas, angústias e incertezas, abre-se paralelamente a perspectiva de uma melhor aceitação da criança doente.

Pela experiência que se tem até o momento, logo no início da formação dos Grupos, por se mostrarem desorientados

e confusos, os pais assumem atitudes meramente passivas. Quando, porém, vai-se criando uma relação de confiança entre os coordenadores e os participantes e destes entre si, começam a falar de seus sentimentos e idéias. Na medida em que o trabalho prossegue com o acompanhamento e a participação dos pais na evolução da situação de internação e no tratamento da criança, e ainda quando se certificam de que o Grupo os aceita e valoriza, é que vão adquirindo maior desenvoltura e passam de uma atitude apenas receptiva para outra, mais reflexiva. Aos poucos, demonstram ter elaborado já algumas das situações que parecem incomodá-los mais, colocam-se no Grupo de forma mais amadurecida e mais discriminada, permitindo-se trocar idéias sobre a situação, trazendo, inclusive, para o Grupo, algumas informações sobre a evolução do estado de saúde do bebê. Nesta altura, vários integrantes do Grupo já participam efetivamente, servindo como elementos de suporte para os demais. Enfim, já não precisam apenas receber, mas podem também oferecer algo de si.

O trabalho com os Grupos vem-se mostrando imprescindível na preservação do vínculo pais-filhos, permitindo que tais pais passem a aceitar a doença dos filhos e que colaborem em seu tratamento. É a partir daí, que surge para a criança a possibilidade de ocupar dentro da família um lugar real e não mais um lugar puramente imaginário.

## VIII - CONCLUSÃO

Acredita-se que cabe às equipes de profissionais que lidam com a saúde das crianças, saúde aí compreendida como bem estar físico e mental, verificar as situações onde seja necessário e possível uma intervenção a nível da profilaxia de perturbações mentais.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi o de apresentar e sistematizar o trabalho com Grupos de Pais que vem sendo desenvolvido no Centro de Tratamento Intensivo da Pediatria do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, como alternativa prática para a minimização dos efeitos de separações precoces entre pais e filhos, como também no sentido da manutenção e preservação do vínculo pais-bebês, permitindo que seja aberto um espaço para a criança na família.

Como fundamental seria bom que ficasse a importância e atenção constantes que deve ser destinada aos pais de tais bebês. Esses pais passam inevitavelmente por um período de crise emocional no qual sua fala deve ser compreendida para que possam compreender posteriormente a fala de seus filhos.

Este trabalho, como se pretendeu mostrar ao longo do mesmo, parte do princípio de que já existe um vínculo entre pais e filhos mesmo antes do nascimento do bebê, e que a

preservação, manutenção e fortalecimento de tal vínculo, é fator fundamental na preservação da vida psíquica da criança. Identifica a formação de tal vínculo com os elementos da vida simbólica no ser humano, revelando portanto a importância da comunicação e do diálogo entre pais e bebês, sejam eles verbais ou não-verbais. Revela que o fundamental não é a separação em si, apenas, mas sua consequência indireta, ou seja, a ruptura de algo natural e desenvolvido ao máximo na espécie humana, a ligação e o investimento afetivo entre pais e bebês.

O aparecimento tão constante de temas relativos aos vínculos afetivos, aos sentimentos de culpa e ao desenvolvimento futuro da criança, ou seja ao espaço da criança, foi relacionado à intensa situação de ansiedade por que passam esses pais, na qual provavelmente conteúdos psíquicos infantis latentes emergem, associados a todas as preocupações de adultos, pais de bebês gravemente doentes.

Considerou-se portanto que a situação que impossibilita estes pais de terem contato "diálogo" físico e verbal com seus filhos, ou seja, sua separação dos mesmos, remete-os à uma condição primeira geradora de ansiedade para o ser humano, ou seja, a falta, ausência do Outro. Assim, além de enfrentarem o problema objetivo da doença dos filhos, tais pais se vêem às voltas com fortes sentimentos provenientes de seus próprios conflitos infantis, que com novas tonalidades, são então revividos. O mais básico desses conflitos, ou seja a separação, foi intitulado neste trabalho como Vínculos e Se-

parações, que como vimos desencadeia e encontra-se diretamente ligado às outras preocupações e ansiedades dos pais, ou seja: os sentimentos de culpa e o espaço da criança.

Os sentimentos de culpa, pode-se dizer, emergem sempre que ocorre uma fragilização da estrutura psíquica do sujeito, principalmente quando esta encontra-se diretamente ligada às questões da ambivalência entre amor e ódio, como as que trazem o nascimento de uma criança doente. Pode-se afirmar que é indispensável que esses pais sejam destituídos por completo de idéias e sentimentos de culpa remanescentes ainda de suas próprias situações infantis, para que possam aceitar e conviver com a doença da criança, de modo menos ambivalente, tanto em relação à seus próprios conflitos, como em relação à própria criança.

Quanto às preocupações dos pais em relação ao desenvolvimento e futuro da criança, e que foram descritas neste trabalho como o Espaço da Criança, cabe aqui salientar que na maioria das vezes estas estão diretamente relacionadas às próprias preocupações e desejos dos adultos com seu desempenho na tarefa de pais. Assim sendo, torna-se fundamental que os pais consigam refletir e discriminar sobre o que é seu, e o que é, e o que será de seus filhos, o que evidentemente só o tempo dirá.

O alcance desta prática com Grupos parece vir dimensionando-se ao longo dos tempos. Acredita-se em sua eficácia pelo interesse e frequência sistemática dos pais pelos

mesmos. Se nenhum espaço existir para acolher as ansiedades dos pais, suas perguntas ficarão sem respostas, suas fantasias aumentarão, e não existirá o Outro, não haverá troca nem diálogo, e a criança poderá não morrer efetivamente, mas correr o risco de morrer no desejo dos pais ou nascer e viver inscrita numa realidade que não é a sua, fruto de equívocos, preocupações, ansiedades e apelos que esbarraram no vazio, situação que por si só poderá ocasionar dificuldades à nível emocional.

Assim sendo, conclui-se que a alternativa prática proposta nesse trabalho vem se revelando eficaz, entretanto mais importante acredita-se deva ser, a reflexão de que sem a escuta, a compreensão e interpretação da fala dos pais, provavelmente um destino marcado por dificuldades emocionais estará à frente dessas crianças..



## BIBLIOGRAFIA

ARIÈS, P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1978.

BENEDEK, T. La parentalidad como una fase de desarrollo. In: J. Am. Psych. Assn. vol. 7, p. 1-19, junho de 1959.

BICK, Ester. The experience of the skin in early object-relations. In: Int. J. Psycho-Anal. n° 49, p. 484-486, 1968.

BION, R.W. Experiências com grupos. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1970.

BOWLBY, J. El vínculo afectivo. Buenos Aires, Paidós, 1976.

————— La separacion afectiva. Buenos Aires, Paidós, 1976.

DEUTSCH, Hélène. La psychologie des femmes-Maternités. Paris Presses Universitaires de France. (Bibliothèque de Psychanalyse et Psychologie Clinique), 1949.

DIATKINE, René. Le psychanalyste et l'enfant. In: Nouvelle Revue de Psychanalyse, n° 19, p. 49, 1979.

DILLARD, R.G.; AUERBACH, K.G.; SHOWALTER, A.H. A parent's program in the intensive care nursery: its relationship to maternal attitudes and expectations. In: Social work in Health Care. Vol. 5 (3) p. 245-251, 1980.

DOLTO, Françoise. Psicanálise e pediatria. Lisboa, Publicações Don Quixote, 1973.

FAIN, M.; KREISLER, L. SOULÉ, M. A criança e seu corpo. Psicossomática da Primeira Infância. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1981.

FREUD, A. Infância normal e patológica. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1971.

FREUD, Sigmund. Inibição sintoma e ansiedade (1926). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. 20. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1976.

————— Os instintos e suas vicissitudes (1915). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. 14, Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1974.

————— Mal estar na civilização (1930). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. 21, Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a sexualidade (1905). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. VII, Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1972.

\_\_\_\_\_ Psicologia de grupo e a análise do ego. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. 18. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1969.

\_\_\_\_\_ O esboço de psicanálise (1940). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 23, Rio de Janeiro, Ed. Image, 1975.

FUSCO, M.C.; SMIRNOFF, V. Les limbes de la dépression. In: Topique Revue Freudienne, nº 17, p. 7-34, 1976

GRINBERG, L. Culpa y depresion. Buenos Aires, Paidós, 1963.

GUEX, G. Le syndrome d'abandon. Paris, Presses Universitaires de France, 1973.

HARLOW, H.F. The heterossexual, affectional system in monkeys. In: American Psychologist, V. 17, p. 1-9, 1962.

- HARRIS, Martha L'apport de l'observation de l'interaction mère-enfant. In: Nouvelle Revue de Psychanalyse, nº 19, p. 99, 1979.
- KLAUS, M.H.; KENNELL, J.H. La relación madre-hijo. Buenos Aires, Editorial Médica Pan Americana, 1978.
- KLEIN, M.; HEIMANN, P. MONEY-KYRLE. Novas tendências na Psicanálise. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1969.
- KLEIN, M. HEIMANN, P.; ISAACS, S.; RIVIÈRE, J. Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1978.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
- LEBOVICI, Serge. Sentimentos de culpa na criança e no adulto. Rio de Janeiro, Eldorado, 1973.
- LECLAIRE, S. Mata-se um criança. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1977.
- LEBOVICI, S. SOULÉ, M. O conhecimento da criança pela psicanálise. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1980.
- MACI, G.A. La otra escena de lo real. Buenos Aires, Ed. Nueva Vision, 1979.

MACHADO, M.V. Dulce Coord. Ação psicoprofilática do pediatra, São Paulo, Sarvier, 1979.

MALE, P.; GIRARD, D.A.; BENHAMON, F.; SCHOTT, M.C. Psicoterapia da primeira infância. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1979.

MANNONI, Maud. A criança "sua doença" e os outros. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1971.

————— A criança atrasada e a mãe. Lisboa, Moraes Editores, 1977.

ORAISON, M. La culpabilité. Paris, Éditions du Seuil, 1974.

RECA, T. et. cols. Problemas psicopatológicos en pediatria. Buenos Aires, Editorial Universitária, 1961.

RIBBLE, M.A. Os direitos da criança. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1975.

SALZBERGER-WITTENBERG, Isca. Psicanálise e serviço social. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1974.

SEGAL, Hanna. Introdução à obra de Melanie Klein. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1966.

SPITZ, A. Renê. O primeiro ano de vida. São Paulo, Martins Fontes Ed., 1980.

————— O não e o sim. São Paulo, Martins Fontes, Ed. 1978.

STONE, L.J.; CHIRCH, J. Infância e adolescência. Belo Horizonte, Interlivros de Minas Gerais, 1972.

WATZLAWVICK, Paul; BEAVIN, H. Janet; JACKSON, D. Don. Pragmática da comunicação humana. São Paulo, Ed. Cultrix, 1973.

WINNICOTT, D.W. A criança e o seu mundo. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1971.

————— Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1978.

WOLFF, S. Traumatismos infantis - Hereditariedade, família e sociedade. Viseu, Editora Ulisseia, 1976.

A dissertação "A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE EMOCIONAL AOS PAIS DE BEBÊS INTERNADOS NUM CTI PEDIÁTRICO - ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS DE UM TRABALHO COM GRUPOS foi considerada *aprovada*.

Rio de Janeiro, 19 de abril de 1983

*Maria Luiza T. Assumpção C.I.P.S.*

Maria Luiza Teixeira de Assumpção  
Lo Presti Seminário  
Orientadora

*F. Lo Presti*

Franco Lo Presti Seminário  
Membro da Comissão Examinadora

*Ester Maria Arantes Camargo*

Ester Maria Arantes Camargo  
Membro da Comissão Examinadora