

Elaine Soares Neves Lange
(Organizadora)

Contribuições à
**PSICOLOGIA
HOSPITALAR:**
Desafios e Paradigmas

 **VETOR**[®]
EDITORA PSICO-PEDAGÓGICA LTDA.
Rua Celso, 48 - CEP 04013-002 - SP
Tel: (11) 3146-0333 - Fax: (11) 3146-0340
www.vetoreditora.com.br vendas@vetoreditora.com.br

A preocupação materna primária como base da saúde mental

8

O ambiente hospitalar suficientemente bom: sustentação da preocupação materna primária

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg
Miriam Tachibana

Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas

A preocupação materna primária como base da saúde mental

Com o uso de um único método interpretativo, pesquisadores psicanalíticos chegaram a desenvolver uma rica multiplicidade de teorias e escolas, que fundamentam uma rica variedade de práticas clínicas. São muitas as visões diferenciadas, justificando elaborações, reflexões e debates. No entanto, ocorrem, também, convergências aglutinadoras, que ultrapassam o compartimento metodológico, tais como o complexo esquema causal, denominado séries complementares (FREUD, 1948). Concebendo o sofrimento psicológico como resultante da interação entre três séries de causas, a constituição, a experiência emocional infantil e os acontecimentos da vida adulta, a psicanálise estabeleceu uma perspectiva que permitiu a constituição de uma psicopatologia *sui-generis*, segundo a qual diferentes condições diagnósticas corresponderão a dificuldades vividas ao longo do processo de amadurecimento psicoemocional. Nessa linha, a psicose é considerada como fenômeno estreitamente relacionado à experiência do lactente, o que aponta para a importância psicoprofilática da maternagem.

Reconhecer a importância da experiência sensível do lactente, que é, em grande medida, determinada pelos cuidados maternos, não significa responsabilizar a mãe como pessoa pela saúde mental futura do indivíduo. Essa ideia é ingênua, mas muitas vezes defendida quando, na vigência de fantasias inconscientes que atribuem às mães poderes ilimitados, não se tem uma visão clara do ser humano. Na verdade, uma maternagem suficientemente boa depende, fundamentalmente, das condições concretas de vida da mulher, que incluem o seu amadurecimento emocional, mas a isso não se restringem. Criar condições de favoráveis à assunção do cuidado materno torna-se, assim, uma prioridade, quando há interesse social e eticamente fundado, em promover saúde mental.

O ambiente hospitalar suficientemente bom: sustentação da preocupação...

Winnicott foi um psicanalista que, justamente por ter atuado também como pediatra, teve a oportunidade de estar muito próximo de mães e recém-nascidos. Articulando essa prática com uma formação psicanalítica que lhe fornecera um pleno conhecimento do método, pôde observar atentamente muitas crianças, notando que, nos primórdios da infância, o bebê encontra-se num estado de não-integração primária, na vigência do qual sequer "existe" desde seu próprio ponto de vista (WINNICOTT, 1945). A partir daí, a criança chegará a constituir-se como unidade pessoal, desde que conte com cuidados apropriados:

Nos estágios iniciais, a dependência é tão absoluta que não há utilidade alguma em pensarmos no novo indivíduo humano como sendo ele a unidade. Nesse estágio, a unidade é o conjunto indivíduo-ambiente [...], unidade da qual o novo indivíduo é apenas uma parte. Nesse estágio tão inicial, não é lógico pensarmos em termos de um indivíduo, e não apenas devido ao grau de dependência ou apenas porque o indivíduo ainda não está em condições de perceber o ambiente, mas também porque ainda não existe ali um self individual capaz de discriminar EU e o não-EU. (WINNICOTT, 1988, p. 153).

Foi, sem dúvida, o contato direto de Winnicott com mães reais, que o colocou em posição bastante diversa de muitos psicanalistas que só lidaram com as memórias de infância trazidas por seus pacientes adultos, o que o levou a considerar os processos pelos quais passaria a mulher para se tornar psicologicamente capaz de atender ao recém-nascido. Propôs, assim, que a gestante entraria, ao final da gravidez, numa condição especial, que denominou "preocupação materna primária", que se caracterizaria por um aumento de sensibilidade e prontidão em relação às necessidades do bebê (WINNICOTT, 1958, p. 494):

Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe na fase mais inicial da vida de um bebê, sem entender que ela deve ser capaz de atingir este estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença, e recuperar-se dele. (Introduzo a palavra "doença" porque é necessário que a mulher seja saudável tanto para desenvolver este estado quanto para recuperar-se dele quando o bebê a libera).

Muitos leitores das formulações winnicottianas tendem a imaginar que a preocupação materna primária é um fenômeno de base estritamente biológica e hormonal. Entretanto, em nossa sociedade, bem como em outras formações culturais, cuidados maternos de boa qualidade são assumidos por outras figuras, nem sempre femininas, nem sempre em idade de procriação. Há, portanto, margem para considerar que a possibilidade de realizar maternagem suficientemente boa dependa de um conjunto muitíssimo complexo de condições, que inclui fundamentalmente o grau de maturidade emocional do cuidador e o fato de poder contar com uma sustentação emocional. Em outros termos, a tarefa emocional de dar *holding* ao bebê parece ser facilitada sensivelmente quando o ambiente em que vive a mãe é, por seu turno, suficientemente bom.

Evidentemente, essa visão faz sentido quando articulamos o pensamento winnicottiano à visão antropológica de José Eleger (1963), para quem o ser humano é essencialmente social, existindo, coexistindo, vinculadamente. Desse modo, não faz sentido pensar que o ambiente seja importante para o lactente — ou para o psicótico —, mas não o seja para a mãe ou para os adultos de modo geral. Assim, defendemos a ideia de que todo ser humano, em todas as fases de sua vida e em qualquer grau de amadurecimento emocional, depende do ambiente, ainda que sejam variadas as formas que essa dependência assumirá. O que não se pode admitir como possível é a crença enganosa, de raiz evidentemente narcísica, na possibilidade de existência desvinculada e autossuficiente.

Quando se aceita a ideia, a nosso ver evidente, de que o ambiente humano que circunda a mãe afeta sua capacidade de cuidar do recém-nascido, surge a necessidade de examinar mais detalhadamente este fenômeno. Quem e o que é verdadeiramente importante para a mãe no ambiente em que vive? A resposta mais comum, entre profissionais e leigos, é a de que o pai é fundamental, seguido da mãe da gestante, o que é comprovado pela clínica. Entretanto, parece-nos imprescindível levar em conta outras figuras, tais como os profissionais de saúde, bem como o imaginário social, vale dizer, o conjunto de crenças e teorias, sobre a maternidade, a criança e temas correlatos, nem sempre conscientes, que prevalecem na formação sócio-histórica em que vivemos. Neste capítulo, focalizaremos especificamente a equipe de profissionais encarregados da saúde feminina perinatal.

O ambiente hospitalar suficientemente bom

A nosso ver, a coletânea intitulada *Os bebês e suas mães* pode ser considerada um gesto cuidadoso por meio do qual Winnicott (1987) buscou sensibilizar os profissionais da equipe obstétrica sobre sua função primordial com relação à entrada da gestante no estado de preocupação materna primária. Num dos capítulos, *A contribuição da psicanálise à obstetria*, discorre sobre o valor dessa teoria como embasamento para a atuação dos profissionais de saúde com a gestante/parturiente:

De que forma a psicanálise associa-se ao tema da obstetria? [...] A psicanálise está começando a projetar luz sobre todos os tipos de anomalias, tais como a menorragia, os abortos sucessivos, a náusea e o vômito do início da gravidez, a inércia uterina primária, e muitos outros problemas de ordem física que às vezes podem ter um conflito na

vida emocional inconsciente do paciente como parte de sua causa. Muito tem sido escrito sobre distúrbios psicossomáticos. Aqui, no entanto, estou preocupado com outro aspecto da contribuição psicanalítica: tentarei indicar o efeito das teorias psicanalíticas sobre as relações entre o médico, a enfermeira e a paciente [...] (WINNICOTT, 1987a, p. 61-62).

Parece-nos adequado pensar, seguindo as formulações winnicottianas, que vale a pena distinguir o que podemos denominar "ambiente hospitalar suficientemente bom", que seria aquele capaz de prover à mulher o *holding* necessário. Esse ambiente é importante sempre, ou seja, tanto quando o parto transcorre bem e nasce um bebê sadio, como em circunstâncias marcadas pelo diagnóstico de patologia ou deficiência do recém-nascido, implicando a vivência de uma preocupação materna primária especial, quando a criança, diferentemente das demais, não tem boas chances de atingir uma condição pessoal de independência relativa (GRANATO, AIELLO-VAISBERG, 2002; COUTO, 2007).

A pesquisa realizada por Couto (2007), que se organizou ao redor de entrevistas individuais, nas quais quatro mulheres relataram sua experiência emocional como mães de pessoas com Síndrome de Down, traz importantes subsídios para um aprofundamento do tema. Todas falaram, espontaneamente, a respeito dos momentos perinatais, referindo-se a como se sentiram desamparadas pela equipe hospitalar, na ocasião em que receberam o diagnóstico. Suas narrativas expressam, dramaticamente, o quanto a notícia da deficiência é vivida como trauma emocionalmente invasor, tanto pelo fato em si como também porque não é comunicada de modo emocionalmente cuidado e dosado (WINNICOTT, 1949).

Da mesma forma que compreendemos que a atuação do profissional hospitalar pode influenciar fortemente a entrada

da mulher na "preocupação materna primária especial" (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2002), no caso de o bebê nascer com algum tipo de deficiência, também compreendemos que atenção diferenciada deve ser dedicada à mulher que sofre interrupção da gestação, seja qual for a sua causa. Este último tipo de cuidado é importante num sentido terapêutico, considerando que a vivência de perda traz sofrimento importante à mulher. Como já tivemos ocasião de demonstrar, por meio da pesquisa de sonhos de gestantes (AIELLO-VAISBERG, 1999), a mulher cria vínculos emocionais tão profundos, muito antes de o bebê nascer, e certamente se fragilizará pelo fato de ser privada de amamentar ou carregar, no colo, o próprio filho. Além disso, num sentido psicoprofilático, um atendimento voltado às necessidades emocionais daquela que tem a gravidez interrompida pode evitar dificuldades em maternidades futuras.

A realização de uma pesquisa com dez mulheres, que se encontravam internadas para realização de curetagem após aborto espontâneo, indicou, de modo bastante evidente, o quanto se encontravam receptivas e necessitadas da atenção psicológica clínica, que pode acontecer a partir da aproximação zelosa e acolhedora de um integrante da equipe hospitalar (TACHIBANA, 2006). Vivenciando uma experiência de fragilidade e sofrimento, uma dessas mulheres pôde usar o acolhimento recebido, segundo uma configuração emocional vincular que foi descrita, na obra winnicottiana, como característica do objeto subjetivo, a partir do que um delicado e significativo trabalho terapêutico pode ser realizado num número relativamente pequeno de sessões.

Entretanto, cumpre indagar quais seriam as características pelas quais um ambiente hospitalar poderia se conformar de modo a qualificar-se como suficientemente bom. A resposta dependerá, evidentemente, do modo como pensamos no cui-

dado maternal ao recém-nascido. A nosso ver, para efeitos didáticos, é interessante discriminar dois pólos daquilo que, certamente, é um contínuo. De um lado teremos uma visão na qual o cuidado seria um conjunto de habilidades e técnicas, passíveis de serem ensinadas por especialistas, e de outro uma concepção do cuidado como um tipo de encontro inter-humano, caracterizado por marcada assimetria, na qual o bebê é visto, em sua singularidade, por uma mulher também única, que criará/ descobrirá modos de bem atendê-lo. Desde essa segunda perspectiva, ensinamentos técnicos seriam não somente inúteis como até prejudiciais, na medida em que poderiam abalar a confiança da mulher em sua capacidade de captar sensivelmente as necessidades psicossomáticas do próprio filho (WINNICOTT, 1987c, p. 22):

Trata-se de levar médicos e enfermeiras a compreenderem que, se por um lado, são necessários, e muito, quando as coisas vão mal do ponto de vista físico, por outro eles não são especialistas nas questões relativas à intimidade, que são vitais tanto para a mãe quanto para o bebê. Se começarem a dar conselhos sobre esta intimidade, estariam pisando em solo perigoso, pois nem a mãe, nem o bebê, precisam de conselhos. Em vez de conselhos, eles precisam de recursos ambientais que estimulem a confiança da mãe em si própria.

Dessa maneira, Winnicott (1968) defendia que, em determinadas situações, era preferível que a equipe se privasse de prestar orientações e conselhos à paciente que, provavelmente, afetada pelo imaginário social, segundo o qual os profissionais de obstetria seriam os melhores cuidadores de bebês, poderia vir a se sentir inibida em agir naturalmente em relação ao seu filho, assumindo, daí, comportamentos aparentemente adequados, mas emocionalmente dissociados. O desafio a ser enfrentado pela equipe seria outro, vale dizer, o que confiar na capacidade criativa da mãe, como ser capaz

de, com de sua sensibilidade e afeto, criar/encontrar modos autênticos de cuidar do bebê.

A abordagem pedagógica como estratégia defensiva

Entretanto, é fundamental lembrar que em função da predominância, no mundo contemporâneo globalizado, de um imaginário social que, valorizando uma abordagem tecnológica, cognitivista e comportamentalista das relações humanas, dita as linhas mestras da formação profissional dos trabalhadores da área da saúde, raramente as equipes acreditam nas potencialidades criativas das puérperas. Tomando-as por seres incompetentes, organizam programas de treinamento, tendo em vista prepará-las para o momento do parto, para o aleitamento e outros cuidados, desde uma perspectiva que é, antes de tudo, pedagógica.

Ora, tal abordagem contribui para a ocorrência de fenômenos dissociativos, uma vez que a percepção e sensibilidade devem ser substituídas por um intelecto submetido a um regime de racionalidade técnica. Afastando-se de si própria, a mulher fica impossibilitada de aproximar-se verdadeiramente do bebê que, na sua imaturidade, é um ser essencialmente sensível. Desse modo, conclui-se que, malgrado as boas intenções conscientes dos profissionais adeptos a treinamentos de caráter educacional, seu risco só não é maior porque em nosso país, por fatores de ordem cultural, freqüentemente relações informais, de compadrio, infiltrando-se sutilmente em enquadres cognitivo-comportamentais, resultam em vivências de estar recebendo atenção e cuidado.

O predomínio da abordagem pedagógica é explicável à luz do imaginário social que medicaliza o nascimento e o cuidado aos bebês, na estrita confiança no conhecimento científico-tecnológico. Médicos e enfermeiros, que seguem sendo as

figuras centrais da instituição hospitalar, malgrado a ampliação recente das equipes, recebem formação estritamente instrumental e positivista (SOUZA et al., 2000; BLANK, 2006; ZERBETTO; PEREIRA, 2005), que os impele a ensinar a paciente a dar à luz a amamentar, a dar banho no bebê, como técnicas a serem dominadas.

Entretanto, um exame mais aprofundado pode revelar que esse tipo de prática se mantém por atender, também, a necessidades das equipes que têm cunho defensivo. Na verdade, as práticas pedagógicas que favorecem a dissociação das pacientes são propostas porque os profissionais estão, eles mesmos, recorrendo a defesas dissociativas. Sabemos que é próprio do humano ser afetado emocionalmente por seu semelhante, sobretudo, quando o acontecer é sofrido ou dificultoso. Uma vez tocado, o indivíduo, ou o coletivo, reagirá de acordo com seu amadurecimento emocional. Pessoas e grupos maduros tendem a suportar a dor, mantendo-se sensíveis e capazes de cuidar do outro, sem sucumbir a angústias insuportáveis, enquanto os imaturos são compelidos a recorrer a estratégias defensivas, pois o contato com o sofrimento será vivido como invasão ambiental. Quando operamos com base em uma psicanálise concreta, fica bastante evidente que a estratégia defensiva básica, como fenômeno existencial, que ocorre em registro psíquico, mas a este não se limita, é a dissociação. Winnicott (1965, p. 131) teorizou sobre essa defesa usando os conceitos de falso e verdadeiro self:

O falso self tem como interesse principal a procura de condições que tornem possível ao self verdadeiro emergir. Se essas condições não são encontradas, então novas defesas têm de ser reorganizadas contra a expiação do self verdadeiro [...]

Como lembra Bleger (1963), toda conduta é a melhor possível. Desse modo, uma dissociação é sempre a melhor resposta,

no sentido de que um falso self cuidador está protegendo o núcleo de espontaneidade sensível do indivíduo ou do grupo. Entretanto, o preço a ser pago é a perda de contato com os sentimentos mais autênticos, que afeta a possibilidade de sentir-se vivo, real e capaz de gestualidade espontânea, que são o cerne da teoria winnicottiana da saúde emocional.

Temos observado que as equipes tendem a solucionar a questão da relação com gestantes e parturientes pela adesão a programas pedagógicos para fugir de contatos potencialmente tocantes, do ponto de vista emocional, por motivos defensivos. Certamente, a intensidade da angústia dos profissionais aumenta extraordinariamente diante daqueles casos marcados por infelicidades, tais como malformação fetal, dificuldades de saúde materna ou interrupção da gestação, o que exige que os esforços defensivos sejam maiores.

Esta reflexão vai ao encontro da colocação de Baptista (2003), segundo a qual os profissionais que atuam em âmbito hospitalar expressam uma visão dissociada da vida, resultante de angústia, ao assumirem discursos segundo os quais deveriam limitar-se a tratar das questões orgânicas, segundo abordagens intelectuais e científicas, enquanto caberia ao psicólogo estabelecer contato sensível e afetuoso com os pacientes.

Temos tido oportunidade de comprovar o uso de estratégias defensivas por parte de profissionais em várias pesquisas¹. À guisa de exemplo, podemos aqui citar estudo realizado com psicólogos que atendem mulheres vítimas de violência doméstica (TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2006), pesquisa realizada com profissionais de saúde em ambulatório de cuidados paliativos (VITALI; AIELLO-VAISBERG, 2006) ou ainda investigação sobre estudantes de Psicologia diante de pacientes psiquiátricos (AIELLO-VAISBERG, 1999). Em todos esses casos, percebemos tanto afetação emocional profunda e sofrida, como recurso a condutas defensivas de caráter dissociado.

¹ Uma visão geral desta produção pode ser encontrada no Currículo Lattes da primeira autora, disponível no site www.cnpq.org.br.

É interessante notar que diversos estudos, realizados desde outras perspectivas teóricas, tem chegado a conclusões que se harmonizam com as que temos encontrado, apontando que a postura intelectualizada e relativamente insensível do profissional se deve ao fato de o hospital consistir num campo de trabalho emocionalmente desgastante (BLANK, 2006; ELIAS; NAVARRO, 2006; FERNANDES, 1993). O seguinte trecho exemplifica esse tipo de trabalho:

O trabalho de enfermagem² é intenso, desgastante e realizado por mulheres comprometidas com um modelo construído e determinado historicamente que as impelem a um devotamento que nada as ajudam, mesmo com elas criando estratégias de defesa contra a dor e que não impedem o adoecimento. (ELIAS; NAVARRO, 2006, p. 524).

Malgrado estarmos diante de pesquisas que concordam com nossos achados, no sentido do impacto emocional vivido pelo profissional de saúde e do uso de defesas intelectualizadas, há que ressaltar que, justamente por não adotarem uma visão psicanalítica, só conseguem chegar à proposição de soluções paradoxalmente comprometidas com as defesas que denunciam. Sendo assim, concluem que há necessidade de submeter os profissionais a processos de aprendizado sobre como se relacionar com os pacientes. Em outros termos, pensam que a capacidade de relacionamento interpessoal é uma competência que pode ser treinada. A seguir, apresentamos um parágrafo no qual essa idéia se expressa claramente:

O enfoque pedagógico moderno enfatiza os aspectos formativos do médico, principalmente suas competências e habilidades [...] A educação médica precisa dedicar-se menos aos domínios do conhecimento puramente técnico

² Apesar do esse trecho se referir exclusivamente ao profissional de enfermagem, entendemos que possa ser lido como uma referência a todos os profissionais que atuam na área hospitalar.

(no sentido de decorar informações) e mais aos do desenvolvimento psicomotor (do habilitar-se a fazer) [...], equilibrando o nível técnico com a atenção às questões sociais e comportamentais. (BLANK, 2006, p. 30).

Observamos que apesar de existir, nestas pesquisas, toda uma crítica à abordagem positivista e tecnológica, desta não escapam, na medida em que se imagina que o treinamento de competências poderia tornar o profissional mais presente e menos defendido. Assim, concebe-se romper a conduta defensiva por meio de um segundo movimento defensivo, na medida em que treinar as habilidades constitui-se como saída igualmente racional e desprovida de sensibilidade.

Cuidando do profissional

Estando afinadas à teoria psicanalítica, que se fundamenta numa concepção do homem como ser social, criador, sensível e racional, e não apenas como animal racional, defendemos uma proposta de cuidado clínico aos profissionais de saúde, mediante o qual possam ser considerados os aspectos afetivo-emocionais que, mal-suportados, suscitam o recurso às defesas.

Trata-se, neste caso, de uma psicologia clínica social, que aborda cada indivíduo ou coletivo como singularidade existencial que é, também, essencialmente social (BLEGER, 1963; BOHOSLAVSKY, 1993). Esse esclarecimento se faz necessário, uma vez que muitos compreendem erroneamente que o trabalho clínico é sinônimo de psicoterapia nos moldes do dispositivo-padrão, perspectiva esta que não condiz com aquilo que estamos indicando como estratégia para trabalhar a atuação da equipe hospitalar.

Entendemos, desse modo, que o trabalho voltado aos profissionais que integram a equipe hospitalar deva ser desenvolvido dentro de um enquadre clínico diferenciado da clínica conven-

cional, denominado consultoria terapêutica, destinado ao atendimento a equipes de trabalho. Essa modalidade de trabalho clínico foi desenvolvida em um laboratório de pesquisas clínicas do Instituto de Psicologia, a Ser e Fazer, que tem como objetivo investigar a potencialidade mutativa de práticas psicológicas diferenciadas. A consultoria terapêutica está descrita (GRANATO, AIELLO-VAISBERG, 2006), correspondendo a um espaço de acolhimento a um grupo de profissionais que esteja sofrendo emocionalmente, devido a questões despertadas no ambiente de trabalho.

Nas consultorias terapêuticas, é comum que o psicólogo "coordenador" do grupo faça uso de um recurso mediador dialógico, que poderia ser desenhos-estórias, teatro espontâneo, quadros em mosaico, entre outros, visando a facilitar a comunicação emocional dos profissionais e favorecer e emergência ou recuperação da gestualidade espontânea que, na teoria winnicottiana, é fundamento de saúde mental. Nessa linha, busca-se a superação de dissociações pela via da captação do imaginário coletivo, o que permite a ruptura do campo produtor de sentidos sustentadores das condutas estereotipadas e defensivas:

Denominamos consultoria terapêutica coletiva um trabalho clínico diferenciado que, abordando o imaginário coletivo a partir do uso do método psicanalítico, visa contribuir para a transformação de práticas de exclusão que atingem vários grupos [...]. Trata-se de uma prática que, em contexto grupal, faz uso de procedimentos [...], configurando-se como uma das formas pelas quais se pode estabelecer um enquadre que denominamos transicional. (AIELLO-VAISBERG, 2006, p. 42).

Entendemos que a realização de consultas terapêuticas coletivas, voltadas aos profissionais que atuam no âmbito hospitalar, pode beneficiar diretamente os profissionais e, indiretamente, as gestantes/parturientes. Esse benefício seria

vivido em planos interventivos e preventivos, o que consideramos desejável que a intervenção do psicólogo clínico vise mais do que o momento presente, promovendo saúde e desenvolvimento e evitando sofrimento futuro (BLEGER, 1963).

Em termos interventivos, a atenção psicológica clínica ao profissional favorece o desenvolvimento do potencial criativo, o que permite lidar melhor com o ambiente de trabalho, sem se deixar levar pelo sofrimento de seus pacientes, nem tampouco se defender da angústia despertada por defesas estereotipadas e intelectualizadas. Afinal, o profissional merece, eticamente falando, vivenciar seu exercício profissional de maneira a sentir-se autêntico e presente:

[...] o trabalho constitui-se uma ação humana fundamental. A partir desta perspectiva, compreendemos ser uma preocupação clínica e política a possibilidade de um fazer vinculado ao ser, isto é, de realização de um trabalho criativo que possa devolver ao homem um vínculo significativo com suas raízes, sua origem e sua condição humana. (CAMPS; MEDEIROS; AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 50).

Uma vez que esse profissional passe a atuar de forma mais espontânea e autêntica, atenderá melhor a sua paciente, que será assim beneficiada pelo cuidado proporcionado ao seu cuidador, que lhe proporcionará holding autêntico e deixará de intervir diretiva e pedagogicamente, interferindo negativamente na emergência da preocupação materna primária.

Por fim, consideramos importante encerrar este capítulo, ressaltando a proposta de consultoria terapêutica corresponde a um momento de inventividade clínica que pode vir a ser superado em favor de novas idéias, já que a clínica é lugar de criação. Pensamos que não existem dispositivos definitivos e insuperáveis, mas que diferentes propostas podem se suceder, atendendo necessidades emergentes. Entretanto, a nosso ver, uma premissa que não se pode perder de vista é

aquela segundo a qual se facilita a boa maternagem quando a mulher pode vivenciar experiências de acolhimento e sustentação num ambiente obstétrico suficientemente bom, no qual os profissionais vivam seu trabalho como gesto criativo e dotado de sentido humano.

Referências

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. 1999. 343 f. Tese (Livre-Docência em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- _____. Sonhos de nascimento e preocupação materna primária. *Psyché*, São Paulo, v. 4, p. 131-143, 1999.
- _____. Consultas terapêuticas coletivas e abordagem psicanalítica do imaginário social. In: _____.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Reflexões éticas na clínica contemporânea*. São Paulo: 2005. p. 27-43. (Cadernos Ser e Fazer).
- ARAÚJO, C. A. S. O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. *Natureza Humana*, v. 5, n. 1, p. 939-958, 2003.
- BAPTISTA, A. M. *Sofrimento e prática médica: abordagem do pedido de interconsulta médico-psicológica numa perspectiva winnicottiana*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 27-31, 2006.
- BLEGER, J. *Psicologia da conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1963.
- BOHOSLAVSKY, R. *Orientação vocacional: a estratégia clínica*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

- CAMPS, C. I. C. M.; MEDEIROS, C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Trabalho criativo: um herdeiro do brincar. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *O brincar*. São Paulo: 2004. p. 50-56. (Cadernos Ser e Fazer).
- COUTO, T. H. M. A. *A mãe, o filho e a Síndrome de Down*. 2007. 134 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007.
- ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital-escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.
- FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 21-27, 1993.
- FREUD, S. Conferências introdutórias. In: _____. *Obras Completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- GRANATO, T. M. M. *Tempo de gestar: encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária*. São Paulo: Landmark, 2002.
- _____. AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A preocupação materna primária especial. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 87-92, 2002.
- _____. Consultorias terapêuticas: cuidando do profissional. In: _____. *Ser e fazer na clínica da maternidade*. Aparecida: Idéias e Letras, 2006. p. 73-80.
- SOUZA, M. C. B. M. E.; ALENCASTRE, M. B.; SAEKI, T. Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 71-80, 2000.
- TACHIBANA, M. *Rabiscando desenhos-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo*. 2006. 167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

- _____.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O interior do cactus: o imaginário coletivo de psicólogos a respeito da mulher que sofre violência doméstica. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Imaginários coletivos como mundos transicionais*. São Paulo: 2006. p. 80-94. (Cadernos Ser e Fazer).
- VITALI, L. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é. In: Aiello-Vaisberg, T. M. J.; Ambrosio, F. F. (Orgs.). *Imaginários coletivos como mundos transicionais*. São Paulo: 2006. p. 61-79. (Cadernos Ser e Fazer).
- WINNICOTT, D. W. *El mundo en pequeñas dosis: conozca a su niño*. Buenos Aires, Hormé, 1949.
- _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- _____. Preocupação materna primária. In: _____. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1958. p. 491-498. (Original de 1956).
- _____. A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In: _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1987a. p. 61-71. (Original de 1957).
- _____. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "self". In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1965. p. 128-139. (Original de 1960).
- _____. A mãe dedicada comum. In: _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1987b. p. 1-11. (Original de 1966).
- _____. A amamentação como forma de comunicação. In: _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1987c. p. 19-27. (Original de 1968).
- _____. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 112-117, 2005.

9

Suporte familiar e saúde:

identificação de contingências em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Rosana Righetto Dias
Diana Tosello Laloni
Makilim Nunes Baptista

