

Implicações subjetivas das vivências da gravidez e do diagnóstico da cardiopatia do filho: aportes psicanalíticos à saúde da mulher

Subjective implications of experiencing pregnancy and the diagnosis of cardiopathy of a son: psychoanalytic contributions to women's health

Implicaciones subjetivas de la experiencia de embarazo y el diagnóstico de cardiopatía de un hijo: contribuciones psicoanalíticas a la salud femenina

*Leônia Cavalcante Teixeira**
*Wecia Mualem Sousa de Moraes***

RESUMO: A fecundação, a gestação e o nascimento de um filho são processos cercados de vivências intensas no plano subjetivo. Quando uma avaria congênita é diagnosticada no filho, seja in útero ou com o nascimento, complexos processos de luto se põem em ação frente à perda do filho idealizado, dificultando que a mãe invista desejo na gestação e na experiência com seu bebê. A descoberta da cardiopatia no filho fere narcisicamente a mãe, situando-a, juntamente ao bebê, em condição de risco orgânico e psíquico. A saúde materno-infantil constitui um foco nas políticas de cuidado e de gestão do Ministério da Saúde, sendo esboçadas a partir de Programas como: Atenção Integral à Saúde da Mulher e Clínica Ampliada. O objetivo geral desta pesquisa foi analisar as repercussões subjetivas do filho com cardiopatia congênita em sua mãe, tendo sido realizada no Instituto do Coração da Criança e do Adolescente em Fortaleza-CE. O referencial teórico situou-se na interface dos saberes e práticas da biomedicina e da psicanálise. Os relatos foram interpretados considerando as implicações subjetivas das vivências da gravidez e do diagnóstico da cardiopatia do filho. Concluímos que o diagnóstico da avaria congênita no filho implica processos de elaboração de perda do ideal e de investimento subjetivo no filho que demanda cuidados e amparo. Ressaltamos as investigações e intervenções interdisciplinares na consolidação de políticas que considerem os aspectos subjetivos da saúde reprodutiva e suas vicissitudes nos contextos da equipe de saúde e da família, destacando a importância das redes de sociabilidade nas políticas sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Cardiopatias congênicas-diagnóstico. Relações mãe-filho. Serviços de saúde da mulher.

ABSTRACT: Fertilization, gestation and the birth of a son are processes marked by intense experiences in the subjective domain. When a congenital damage is diagnosed in the son, be it in uterus or after birth, complex mourning processes are mobilized before the loss of the idealized son, making it difficult for mothers to invest in the gestation and in the experience with their baby. The discovery of a cardiopathy in the son creates in mothers a narcissist injury, and puts her, together with the baby, in a condition of organic and psychological risk. Mother-child health constitutes a focus in care and management policies of the Ministry of Health, and are implemented by Programs such Integral Assistance to Women's Health and Broadened Clinic. The general aim of this inquiry was to analyze subjective repercussions a son with congenital cardiopathy cause in mothers, and was carried out in the Instituto do Coração da Criança e do Adolescente (Institute of Heart of the Child and the Adolescent) in Fortaleza - CE. Theoretical based on an interface of knowledge and practices of biomedicine and psychoanalysis. The reports were interpreted considering the subjective implications of the experience of pregnancy and the diagnosis of cardiopathy of a son. We conclude that the diagnosis of a congenital damage in a son implies processes of acceptance of loss of the ideal and of subjective investment in the son who demands cares and support. We emphasize research and interdisciplinary interventions in the consolidation of policies that consider the subjective aspects of reproductive health and its ups and downs in the contexts of health teams and the family, emphasizing the importance of sociability networks in social policies.

KEYWORDS: Heart defects, congenital-diagnosis. Mother-child relations. Women's health services.

RESUMEN: La fertilización, la gestación y el nacimiento de un hijo son procesos marcados por experiencias intensas en la esfera subjetiva. Cuando un daño congénito es diagnosticado en el hijo, sea en el útero o después del nacimiento, procesos de luto complejos son movilizadas delante la pérdida del hijo idealizado, haciéndolo difícil para madres invertir en la gestación y en la experiencia con su bebé. El descubrimiento de una cardiopatía en el hijo crea en madres una herida narcisista, y la pone, junto con el bebé, en una condición de riesgo orgánico y psicológico. La salud de madre-niño constituye un foco de la asistencia y políticas públicas del Ministerio de Salud, y es puesta en práctica por Programas como la Asistencia Integral a la Salud Femenina y la Clínica Ensanchada. El objetivo general de esta investigación fue estudiar las repercusiones subjetivas que un hijo con cardiopatía congénita provoca en las madres, y fue realizado en el Instituto do Coração da Criança e do Adolescente (Instituto del Corazón del Niño y el Adolescente) en Fortaleza - CE. Es teóricamente basado en un interfaz de conocimientos y prácticas de la biomedicina y el psicoanálisis. Los informes fueron interpretados considerando las implicaciones subjetivas de la experiencia de embarazo y el diagnóstico de cardiopatía de un hijo. Concluimos que el diagnóstico de un daño congénito en un hijo implica procesos de aceptación de la pérdida del ideal y de inversión subjetiva en un hijo que exige cuidado y apoyo. Enfatizamos investigaciones e intervenciones interdisciplinarias en la consolidación de políticas que consideran los aspectos subjetivos de la salud reproductiva y sus altibajos en los contextos de los equipos de salud y la familia, enfatizando la importancia de las redes de sociabilidad en las políticas sociales.

PALABRAS LLAVE: Cardiopatías congênicas-diagnóstico. Relaciones madre-hijo. Servicios de salud para mujeres.

*Doutora em Saúde Coletiva (Instituto de Medicina Social-UERJ). Mestre em Educação (UFC). Professora-Titular do Mestrado em Psicologia da Universidade de Fortaleza. E-mails: leoniat@unifor.br; leoniat@uol.com.br.

**Mestre em Psicologia (UNIFOR). Professora da Universidade do Vale do Acaraú. E-mail: wmualem_@hotmail.com

Introdução

A constituição da psicologia da saúde como campo disciplinar no Brasil (Neme, Rodrigues, organizadores, 2003; Oliveira, Yamamoto, 2003; Spink, 2003) constitui fator fundamental para considerar a saúde da mulher objeto de investigação e intervenção dos saberes e práticas psicológicas. As relações entre as racionalidades médicas e as racionalidades psicológicas, quando consideradas na elaboração de políticas públicas de saúde (Ismael et al, 2006), possibilitam abordagens interdisciplinares férteis nas práticas de atenção primária, secundária e terciária.

Assumindo o sofrimento como tema privilegiado das perspectivas psicológicas, entendemos que a inclusão, progressivamente efetivada, de psicólogos e psicanalistas na área da saúde (Moura, 2003; Passos, Barros, 2001; Rey, 2004; Spink, 2003), contribui à apreensão da complexidade do humano, considerando a singularidade na coletividade, abordagem já reconhecida pelas políticas do Ministério da Saúde (2000, 2004a, 2004b, 2004c, 2005, 2008) quando assume a ética como foco das “práticas de cuidado e de gestão” (Brasil, 2008; Cunha, 2004), presentificada em projetos de atenção à saúde, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM (Brasil, 2000a, 2000b, 2004a, 2004b; Coelho, Calvo, Coelho, 2006; Ricci, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde, a área técnica da saúde da mulher

“tem como objetivo definir as políticas públicas na área da mulher, coordenar e assessorar os Estados na sua implantação, buscando a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde e a redução da morbimortalidade materna, perinatal e neonatal” (Brasil, 2004d, p. 96-7).

Objetivando a assistência singularizada, a intersectorialidade é assumida como proposta metodológica, visando a que a doença não constitua o núcleo do cuidado, mas o sujeito e sua história de vida, que passa a contextualizar o seu padecimento, suas queixas e as estratégias de cuidado prescritas, não centradas em diagnósticos múltiplos que não privilegiam os modos de vida e aí, o sujeito em sua complexidade.

A interdisciplinaridade demanda posturas epistemológicas e metodológicas diversas das baseadas na racionalidade médica tradicional (Brasil, 2004c; Camargo Jr., 2002; Rey, 1997, 2001), centrada na doença organicamente definida e na crença na cura sintomática sem a consideração da relação terapêutica e do contexto de vida do sujeito em sofrimento. As práticas psicológicas, nesse contexto, têm lugar, já que, como práticas de saúde, visam à escuta das queixas e lamentos dos pacientes não somente como tentativas de explicitar o adoecimento propriamente dito, mas como expressão de formas de vida que solicitam reconhecimento social e político, revelando a trama social na qual se constituem às subjetividades. Vale ressaltar a proposta da Clínica Ampliada (Brasil, 2008; Cunha, 2004) como espaço de consolidação das mudanças assumidas pelas políticas do Ministério da Saúde, já que pressupõe dispositivos de gestão de atenção centrados nas Equipes Interdisciplinares, ou de referência, e nos Projetos Terapêuticos Singulares.

Nesse sentido, consideramos que os olhares possibilitados pelo campo *psi* se entrelaçam com tal filosofia sustentada pelo Ministério, estando em consonância com seus objetivos, daí situarmos esta investigação acerca das vicissitudes da maternidade quando confrontada com o diagnóstico de avaria cardiológica no filho. Objetivamos

investigar os sentidos possíveis construídos pelas mães em estado de sofrimento devido a intercorrências na gravidez, considerando que sua saúde comporta implicações que não se resumem à mulher em foco, mas aos contextos familiares e sociais (Fontinele Jr., 2008; Petrini, 2005; Richter, 1996; Vitale, 2008). É nesse esteio de reflexões que abordamos, pelo viés das contribuições psicanalíticas no campo da saúde coletiva, o processo de adoecimento e suas conotações subjetivas.

O sofrimento, na perspectiva psicanalítica, faz parte do existir humano, não sendo algo a parte dele, algo do qual deve se livrar. Ressaltamos que as perspectivas psicanalíticas não diferenciam psíquico e somático, tratando-os como registros, não excludentes, de expressão do *pathos* (Berlinck, 2000; Cecarelli, 2005). São modos de sofrer singulares que se forjam dialeticamente nas modalidades de organização do excesso que o social constrói e que caracteriza o *pathologico*. A existência comporta subjetivações que ora acompanham as ordenações sociais, culturais, morais, jurídicas e científicas, nelas se inserindo e delas recebendo aval de pertinência e normalidade, ora não se encontram em consonância com o normal entendido por critérios estatísticos normatizadores. As subjetividades que ficam à margem do hegemônico, que se constituem pelo excesso e pela exuberância são consideradas pela psicanálise, não como patológicas no sentido da racionalidade médica que se centra no conceito de doença como desvio e como alheia ao humano, mas como constituinte de seu estofo.

Nesse sentido, o adoecer envolve processos complexos de investimentos, desinvestimentos e reinvestimentos narcísicos, movimentos pulsionais eróticos e tânáticos que reinscrevem o sujeito

nos momentos lógicos do auto-erotismo e do narcisismo – implicando-o regressivamente em posições subjetivas arcaicas –, bem como mobilizam posições masoquistas à custa da economia psíquica centrada no gozar e não na lógica do desejo (Freud, 1926/1976). O adoecimento consiste em produção do inconsciente, daí sua implicação com o sujeito, não se restringindo a explicações causais atributivas à genética, ao meio externo, aos modos de vida. A doença e suas nuances traz a marca do sujeito, de sua constituição, de sua inserção na trama familiar, de como se situa frente à linhagem e ao outro a partir dos jogos identificatórios que produzem traços identitários pelos quais se situa no social como realidade factual (Freud, 1914/1976; Teixeira, 2001).

O adoecer é polissêmico, envolvendo a complexidade dos processos de subjetivação que, não normatizados pelos critérios da ordem médica, constituem-se a partir de conflitos inconscientes e da ordem pulsional que, paradoxalmente instaura o sujeito na vida, já o endereçando para a finitude, presentificada nas perdas que metaforizam a morte.

A avaria cardíaca solicita entendimentos que não se resumam a explicações causais e lineares que hegemonizam o corpo como organismo construído e desvendado pelos recursos ontológicos, epistemológicos, metodológicos e éticos da racionalidade médica moderna. A história da cardiopatia congênita, nesse esteio de reflexão, não se inicia, necessariamente, com o conhecimento do diagnóstico – descoberta da patologia –, tampouco com a identificação dos primeiros sinais e sintomas da doença, adquirindo sentidos plurais quando contextualizada na história de vida dos pais e de seus ascendentes. Em outros termos, a história da doença

adquire sentidos quando contextualizada na história do sujeito, não constituindo um episódio alheio ao seu existir (Mello Filho, 2004; Teixeira, 2001).

Metodologia

Esta pesquisa, de cunho qualitativo e sem pretensões de generalização estatística (Rey, 1997, 2001, 2004; Spink, 2003), buscou analisar o fenômeno da cardiopatia congênita com base nos sentidos atribuídos pelas mães de crianças de até três anos assistidas no Instituto do Coração da Criança e do Adolescente – (Incor-Criança) em Fortaleza-CE, no período de setembro a outubro de 2007. Elegemos o Incor-Criança por apresentar uma infra-estrutura adequada à realização do estudo proposto e constituir uma instituição de referência quanto aos serviços em Cardiopediatria no Estado do Ceará, bem como em Estados vizinhos, sendo de baixa renda a maior parte da clientela atendida.

Analisar as repercussões da cardiopatia congênita na relação mãe-filho com suporte no discurso das mães consistiu no objetivo geral desta investigação. Como objetivos específicos, tencionamos entender as cardiopatias congênitas e suas repercussões na relação mãe-filho e analisar os sentidos atribuídos às vivências das mães ante o binômio saúde-doença do coração.

Ressaltamos que o projeto foi autorizado pelo Comitê Nacional de Ética e Pesquisa – CO-ÉTICA, em 30 de julho de 2007, com parecer número 166/2007, registro número 07-186 e CAAE 1856.0.000.037-07, de acordo com as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, Resolução 196/1996) e do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), sendo garantidos o anonimato, o sigilo e

os aspectos éticos e legais na realização da pesquisa e na propagação dos resultados.

Na escolha das participantes da pesquisa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter filhos cardiopatas até três anos de idade – com indicação cirúrgica ou já cirurgiados – sendo acompanhados no Ambulatório de Cardiopediatria do Incor-Criança de Fortaleza. Os critérios de exclusão considerados foram: não aceitar participar da pesquisa; ser adolescente; estar internado nas instituições vinculadas ao Incor-Criança ou em qualquer outra; estar com depressão grave e com outros sintomas que possam ser acentuados pelos conteúdos da pesquisa e ser portadora de outras anomalias associadas às cardiopatias congênitas. Os dados coletados neste estudo foram utilizados apenas nessa pesquisa e que os colaboradores participaram voluntariamente deste trabalho, atestando a confirmação por intermédio de termo de consentimento livre e esclarecido, tendo sido reservado às participantes o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista com roteiro semi-estruturado, considerando aspectos sobre a subjetividade (Rey, 1997, 2001, 2004), enfatizando a relevância das relações precoces mãe-bebê na interface dos campos disciplinares da Medicina e da Psicanálise e suas conseqüências para a saúde da mulher e o desenvolvimento do bebê. Enfatizamos que as entrevistas foram individuais, realizadas em local apropriado e horário previamente agendado, tendo duração média de cinquenta minutos. O roteiro das entrevistas compreendia os seguintes itens: história da gestação do filho; a transmissão do diagnóstico; comportamentos e atitudes da mãe em relação à cardiopatia congênita do filho e aos

tratamentos médico e cirúrgico; os sentimentos e comportamentos da mãe em relação ao seu filho. Os dados coletados nas entrevistas foram analisados por meio do método qualitativo de análise de conteúdo de Bardin (1977).

Devido às questões de concisão deste escrito, privilegiaremos os tópicos que se revelaram como categorias discursivas, optando em não retratar as importantes e reveladoras falas das participantes da pesquisa, já que tal enfoque demandaria outro recorte metodológico.

Resultados

A gestação e o nascimento de um filho podem parecer fruto de um desejo consciente, integrado em um plano de vida inserido nas redes sociais e familiares de cada sujeito (Soulé, 1987). Para Freud, diametralmente, a maternidade é derivada de desejos inconscientes que são explicados a partir da história de vida da mulher desde sua infância. O desejo de filho provém também da relação filha-mãe: a mulher, desejando seu filho, reencontra imaginariamente sua própria mãe ao identificar-se com ela. “Ela se torna sua mãe, prolongando-a, ao mesmo tempo em que se diferencia dela” (Soulé, 1987, p. 134). A gravidez reproduz o que foi vivido, sendo o ressurgimento de afetos antigos pelas posições regressivas que a filha, agora no lugar de futura mãe, ocupa frente sua mãe da infância já perdida. Podemos descrever “a vivência do início da gravidez como àquela do sonho, isto é, como a realização de um desejo. Sonho enunciado por Soulé (1987): “o que preenche a mãe não é a reprodução biológica, nem o embrião, mas o filho do sonho” (p. 141). A gestação, assim, é marcada pela experiência de estranheza própria ao humano e mais aguçada quando defrontado com vivências

ambíguas. O estar grávida desperta afetos paradoxais de regozijo e tristeza, de sentimento de plenitude e de vazio existencial, de certeza e de dúvida, desencadeando angústias que tocam momentos primitivos da constituição psíquica da mulher, colocando-a neste lugar de paradoxos que contradizem a vivência etérea e pacífica da representação social da gravidez que marca a vontade consciente da mulher.

Tal questão somada ao descompasso entre o filho idealizado e o filho propriamente dito, convoca a mãe a fazer um trabalho de luto por essa separação, processo que, embora penoso, é logo defrontado com as demandas de cuidado de seu bebê e seu investimento nele. Quando uma mãe, envolvida por essa complexa trama afetiva, se confronta com um filho que, bruscamente, quebra a imagem que ela construiu em seu imaginário, não tendo um tempo reservado a elaborar a perda do “filho de sonho”, parece ser tomada por uma estranheza que a desterritorializa subjetivamente, podendo lançá-la em uma vivência de angústia que a paralisa, que a entorpece, que não lhe permite, por mais que queira conscientemente, se entregar ao seu bebê.

O diagnóstico de cardiopatia congênita em um filho, posiciona a mulher frente a impasses que repercutem sobremaneira na vivência da gestação e em suas relações. Com as tecnologias imagéticas atuais que fazem avançar vertiginosamente o acompanhamento pré-natal do feto (Caron, 1994, 2000; Fonseca, 2000; Gomes, Piccinni, 2000), tal diagnóstico já é plausível durante os primeiros meses da gravidez, surpreendendo a grávida e sua família, exigindo que o bebê imaginário dê lugar a uma imagem delineada pela medicina que não se adéqua aos ideais maternos. Tal experiência, segundo as pesquisas

de Araújo (1996), Quayle (1996, 1997a, 1997b) e Moura (1986), deixam seqüelas subjetivas na mãe que se imbrica aos aspectos biológicos da gravidez, tecendo complicações que, muitas vezes quando não inseridas em uma rede de amparo e cuidado, podem deixar mãe e bebê em situação de risco, aqui entendido como risco de morte e risco psíquico, devido às dificuldades de investimento subjetivo da mãe nesse bebê, que é e não é sentido como dela.

Nesse contexto, os saberes e as práticas médicos parecem se sobrepor às representações construídas pela mãe, pelo pai e suas famílias, passando a gravidez a ser um objeto de estudo e de intervenções da biomedicina. A mãe, situada como personagem secundária em seus afetos, embora privilegiada nos cuidados técnicos da ciência representados pelas intervenções e pela figura do médico, ensaia ocupar lugares subjetivos frente ao luto do filho idealizado perdido e às necessidades de cuidado do filho, embora ainda em útero, já doente e objeto da ciência. Neste contexto de risco no qual as subjetividades da mãe e do bebê se figuram (Cesar, 1998; Gomes, 2001; Pinheiro, 1999; Quevedo, 2001; Silva, 2004), observamos o esforço subjetivo da mãe em simbolizar a perda narcísica e adotar o bebê, demandando do social um lugar onde possa ancorar suas inquietações e ansiedades, visando a incluí-lo na rede social.

A estranheza materna diante de seu filho com cardiopatia leva, muitas vezes, a mãe a tentar inscrevê-lo em um lugar de reconhecimento simbólico, mesmo que seja mediado pela classificação nosológica afirmada no diagnóstico médico. Assim, às inquietações maternas, a medicina tenta responder explicando-lhe cientificamente seu filho, ou melhor, a doença de seu filho. É com esse traço identitá-

rio abalizado pelo saber da ciência que o bebê passa a corresponder à patologia e suas implicações. Repararam que essa via de reconhecimento do filho precede e marca de forma indelével o reconhecimento que se daria pela inserção simbólica em uma linhagem familiar que só é possível quando o filho é incorporado na rede simbólica da família (Corrêa, 2001; Piva, 2006; Teixeira, 2006b).

Desde a notícia do diagnóstico, as mães se deparam com a perda e o conseqüente luto do filho desejado, sendo mobilizados afetos e idéias depressivas. No artigo “Luto e Melancolia”, Freud (1915 [1917]/1976 d) definiu o luto como “a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém” (p. 275). Descreveu, ainda, entre os seus traços, um desânimo profundamente penoso e a cessação de interesse pelo mundo externo. Freud introduziu a expressão “trabalho de luto”, cuja ideação se aproxima da noção mais geral de elaboração psíquica, concebida como uma necessidade para o aparelho psíquico de ligar as impressões traumatizantes (Laplanche, Pontalis, 1983).

Observamos que, embora as mães tenham conhecimento de que a cardiopatia se origina no período de gestação e de que, em geral, tem etiologia desconhecida, elas são afetadas por fantasias ligadas ao aparecimento da avaria e à vivência de estados psíquicos regressivos que reatualizam experiências precoces como filha. Em relação ao conteúdo destas fantasias, três aspectos merecem ser destacados: instabilidade afetiva e comportamental na gestação; sentimento de culpa consciente e inconsciente; gravidez indesejada.

O universo subjetivo no qual mãe e criança se constituem é mais

amplo que os aspectos ligados à malformação cardíaca e suas implicações na maturação infantil, incluindo as representações sociais de doença do coração e de doença na pequena infância, alimentando estigmas que marcam o vínculo com a mãe por meio de ditos ou de não-ditos, de segredos e de pactos familiares (Corrêa, 2001; Teixeira, 2006b). Uma avaria cardíaca anatômica e funcional é carregada de sentidos que não se resumem aos aspectos do organismo, tanto que, quando reparado por intervenção cirúrgica, tais repercussões imaginárias e simbólicas não cessam, ressaltando o caráter de estigma que marca a constituição do sujeito e que vai ser reatualizado em outros momentos lógicos de impasse subjetivo.

De acordo com Giannotti (1996), no que diz respeito às questões psicológicas dos cardiopatas congênitos, parece nelas residir a “ferida narcísica” das mães. De um lado, vemos o que um abalo psíquico de um filho com “defeito” pode representar para a capacidade de maternalizar da mãe por outro lado, por parte da mãe, há o sentimento de culpa por “ter deixado” que o seu filho nascesse com uma enfermidade congênita.

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

criança é afetada na sua estruturação, identificada com essa imagem oferecida pelo Outro, não podendo ser nada mais além do que sua patologia o define” (p. 106).

Freud (1914/1976b), em “Sobre o narcisismo: uma introdução”, refere-se à atitude afetuosa dos pais como revivescência e reprodução do próprio narcisismo; sendo ao filho atribuídas as perfeições e ocultadas ou esquecidas as deficiências. Com o nascimento de um bebê, abre-se o futuro da linhagem parental. Reconhecer-se no filho sustenta a fantasia dos pais de continuidade e de imortalidade e isso faz o nascimento ser motivo de celebração. Quando alguém olha um bebê e comenta sobre ele, esse elogio é tomado como a confirmação de sua potência e competência. Seu olhar é de admiração, o bebê é seu cetro e ela, sua majestade, a mãe deste bebê (Freud, 1914/1976 b). Em torno desse bebê que é gerado, funda-se uma rede de expectativas e desejos: as marcas fundantes da subjetividade dessa criança, sustentadas nos vínculos mãe-bebê e mãe-pai-bebê. Conforme estamos discutindo, existe um filho sadio desejado, em torno do qual se consolida uma rede de projetos identificatórios. Esse filho, apesar de gerar angústias primitivas que, às vezes, causam estranheza aos genitores, em especial à mãe que pode regredir a modalidades de defesa face ao excesso pulsional que a mobiliza – pela depressão, pela desorientação psicótica, por episódios hipocondríacos e melancólicos – consiste em uma dádiva que reedita os ideais de imortalidade, atenuando o caráter inexorável da transitoriedade da vida, marcada, privilegiadamente, pela morte (Freud, 1919/1976; Roudinesco, 2003).

O nascimento de um bebê com uma avaria congênita constitui um momento de abalo que, para ser ultrapassado, exige disponibilidade

para o enlutamento, só possível quando uma perda é afirmada e não mascarada. Esse filho que se apresenta agora, tão doente e frágil, decepcionante para sua mãe, parece não sustentar um lugar de filho, visto que tal mulher não sustenta o lugar de mãe. O filho, não correspondendo aos ideais maternos, impõe-se por aquilo que não tem, pelo que não é, pelo que não pode. Tal imaginário de impotência e incompetência justifica o lugar de deficiente ocupado por uma mulher que não consegue se instituir como mãe na relação dialética com o filho recém-chegado, que, respectivamente, não é sede dos investimentos desejantes que o humanizam.

O bebê com avaria não é posto no lugar de majestade, tal qual Freud (1914/1976) anuncia, restando uma falha narcísica que macula os vínculos transferenciais entre ele e sua mãe. Os pais quando confrontados com seus limites pela não encarnação de seus ideais no rebento, normalmente solicitam intervenções daqueles que falam em nome dos saberes que asseguram um destino, aspirando – por meio de avaliações, diagnósticos, prognósticos e terapêuticas – a correção do corpo estragado, no bebê estragado. Diante dessa criança distante dos ideais sociais, os pais vão buscar profissionais que sejam capazes de alcançar a cura como correção, restaurando esse filho em falta, ou então, que saibam sobre o destino dessa criança, ocupando um lugar de mestre que garante um futuro, seja qual for, frente às ameaças aniquiladoras de não ocupar algum lugar. Jerusalinsky (1989) chama atenção para a angústia diante do desconhecimento dos pais em relação ao futuro de seus filhos com deficiência, o que os leva a buscar o máximo de tratamentos e atividades de estimulação.

Segundo Lima (2003), a imagem narcísica dos pais se vê atingida, sendo o corpo doente a representação da impossibilidade da extensão narcísica dos pais nos filhos, como um desconhecimento desse ser em falta. Nesse estranhamento, o saber médico pode encobrir tal desconhecimento e oferecer uma identidade de doente ao portador da patologia, sufocando possibilidades identificatórias dinamizadoras da construção subjetiva, já que fazem circular o desejo e desestabilizam os lugares de gozo. Quando a doença e sua explicação encapsulam o sujeito transformando-se em uma identidade, tal qual preconizada pela ordem médica – etiologia, diagnóstico, prognóstico, terapêutica – e expressa pela epidemiologia (Cesar, 1998), o que lhe é singular escapa, não sendo apreendidos os traços que lhe constituem como único, como não anônimo, como sujeito de desejo, fruto de um pai e uma mãe que lhe transmitem, mesmo antes de seu nascimento, uma herança transgeracional (Corrêa, 2001; Petrini, Cavalcanti, 2005; Piva, 2006) que o insere em uma linhagem e lhe dá um nome e sobrenome.

Os estados psíquicos das mães, mobilizados pelo diagnóstico das cardiopatias congênitas dos seus filhos, suscitam experiências afetivas intensas no período gestacional, sendo atribuídas por elas, do ponto de vista subjetivo, às alterações do funcionamento anatômico e funcional cardíaco de seus filhos, já que possuem peculiaridades face às doenças cardíacas em geral. O diagnóstico das condições do feto é possível ainda no útero, implicando interrogações éticas e implicações da mãe com a avaria do feto pelas vivências paradoxais de culpa, desejos de morte, fantasias masoquistas, sensações de fragmentação do corpo, ou seja, pela assunção de angústias primitivas (Maldonado,

1997; Soifer, 1980; Szejer, 1997, 1999; Tedesco, 1997).

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

É importante considerar a diferença entre as expressões “filho cardiopata” – mais voltada para um conhecimento médico, e “criança com cardiopatia”, dirigida para um saber subjetivo, em virtude de possibilitar a desconstrução da identidade da criança com a doença, substituindo, assim, a identidade particular para uma identidade no campo identificatório e, portanto, subjetivo.

Observamos que, na busca por um saber que possa dar sentido às causas do nascimento desse filho com problemas, a mãe recorre à palavra médica que a inunda de informações e prescrições, mas não necessariamente a acolhe em seu padecer. Tal saber, embora supra às indagações lineares à espera de respostas causais e ocupe importante papel no encaminhamento do tratamento, parece não oferecer amparo às indagações motivadas pelo padecimento materno – fruto de questões inconscientes –, já que o campo de conhecimentos da ciência, a partir do qual a palavra dos especialistas tem força, parece constituir um discurso vazio, um discurso que sufoca a mãe de informações científicas, mas que, por aspirar à completude e à totalidade (Bernstein, 1991; Camargo Jr., 2002; Castiel, 1999), não suporta acolher e possibilitar a simbolização da angústia.

Segundo Lima (2003), a imagem narcísica dos pais se vê atingida, sendo o corpo doente a representação da impossibilidade

da extensão narcísica dos pais nos filhos, como um desconhecimento desse ser em falta. Nesse estranhamento, o saber médico pode encobrir o desconhecimento e oferecer uma identidade ao portador da patologia, confortando ilusoriamente mãe e filho, porém dificultando a elaboração do árduo trabalho de luto necessário à reconstrução de outros ideais maternos e à inserção da criança no simbólico, tendo que enfrentar as desaventuras da vida como todos submetidos à mesma ordem simbólica, mesmo como portador de necessidades específicas na vida cotidiana.

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

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

Como a cardiopatia congênita é, geralmente, diagnosticada nos primeiros meses da gestação, no momento do nascimento ou na pequena infância, sentidos plurais e ambivalentes são construídos e afetos complexos mobilizados, im-

plicando as mães em experiências, sentimentos e atitudes paradoxais, ora de negação pela via da não condição de entrega materna, ora de negação pela via defensiva de superproteção, por exemplo. Por se tratar de um quadro de sofrimento e de um diagnóstico precocemente estabelecidos, suas consequências para a constituição subjetiva do bebê, bem como para o assumir da maternagem e seus desdobramentos à medida que o filho vai se desenvolvendo, pode consolidar a posição materna como suficiente frente às demandas do filho, não havendo alternativas de instauração dos interditos pelo intervir do desejo paterno que humaniza a lei e abre horizontes diferenciados aos personagens da família como realidade social. Nesse sentido, a mãe pode delimitar limites – como capas protetoras (Anzieu, 2001) – em demasia ao filho, fazendo-o viver restrito nas limitações imaginárias maternas, mesmo quando não impostos pelas condições da cardiopatia.

Tais aspectos subjetivos maternos também são ressaltados quando a terapêutica cirúrgica é indicada e obtem êxito, fato que é, muitas vezes, difícil de ser elaborado, por demandar que outro trabalho de luto seja realizado, sendo necessário um desinvestimento de libido da imagem do filho doente, um reinvestimento no eu materno e um reinvestimento em uma imagem de filho não maculada pela avaria congênita, sustentadora dos lugares psíquicos na organização familiar até então. Em outras palavras, a correção cirúrgica, assim como as intervenções médicas em geral, precisam ser investidas simbolicamente para que os efeitos no corpo para a medicina possam ser ressignificados imaginariamente, possibilitando não somente mudanças no esquema corporal, mas castrações simbologências na imagem incons-

ciente de corpo. As mães e seus filhos com cardiopatia, muitas vezes, não conseguem se apropriar subjetivamente dos benefícios advindos das intervenções médicas, apesar de estarem preparados conscientemente para enfrentar a nova condição orgânica. As mães, por sua vez, também por não estarem preparadas psiquicamente para a cura de seus filhos, podem permanecer como se dois corações (mãe e filho) batessem como se fosse um só coração (mãe-filho), ainda adoecido e carente de proteção. Concordamos com Giannotti (1996), quando ressalta que as mães, mesmo com a cirurgia dos filhos, podem não curar a sua ferida narcísica e continuar não admitindo o fato de terem gerado um filho com cardiopatia, ou porque elas encontram, inconscientemente, na cardiopatia do filho uma forma de mascarar seus problemas psicológicos, cristalizando-se como abnegadas e dedicadas inteiramente aos filhos doentes, podendo inclusive “obter ganhos secundários perante o meio social” (p. 159).

Essas observações destacam a importância da consideração da subjetividade, tanto no processo de adoecimento, como no direcionado à terapêutica, ilustrando que os sujeitos em sofrimento tratados pelos conhecimentos biomédicos não correspondem aos corpos-organismos que encarnam.

Considerações finais

Os aspectos biomédicos desenharam o panorama teórico-clínico no qual o estudo do adoecer humano “toma corpo”, possibilitando, diferentemente aos objetivos da Biomedicina, que os mesmos fenômenos sejam explorados por outros campos disciplinares. No tocante às cardiopatias congênitas, interrogações podem ser erguidas a partir dos enigmas que suscitam,

especialmente por abrangerem um momento no desenvolvimento humano extremamente precoce e que se constitui na relação com o outro materno. Neste sentido, os enfoques relacionados a etiologia, diagnóstico, prognóstico e tratamento passam a adquirir sentidos mais complexos quando não reduzidos ao campo das ciências biomédicas.

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

Discutir os avanços biotecnológicos em relação ao corpo doente mostra-se importante no campo deste estudo visando à compreensão das patologias cardiológicas nas interfaces da Medicina com a Psicanálise, particularmente quanto às tecnologias de imagem que possibilitam diagnósticos cada vez mais precoces de malformações fetais. Araújo (1996), Quayle (1996, 1977a, 1977b), Moura (1986), Pinheiro (1999) e Tedesco (2000) ressaltam as implicações do diagnóstico da avaria fetal, seja cardíaca ou não, em mães, pais e família, já que a ruptura dos ideais postos na gravidez e no filho deslocam, abruptamente, as relações familiares de seus lugares usuais, especialmente o lugar da mulher-mãe é descontextualizado pela hegemonia do saber médico que passa a atribuir sentidos científicos à gestação, à etiologia, prognóstico e possíveis tratamentos da avaria cardíaca, bem como quanto aos cuidados que a mãe deve seguir. A entrada repentina da racionalidade médica na vivência da espera do bebê, na sua chegada e na prescrição

dos cuidados especializados, parece equivaler o bebê ao seu problema orgânico, encapsulando a mãe nesta equivalência que desemboca na identidade do bebê como doente, identidade compartilhada pela mãe, numa fusão mãe-bebê recheada de afetos paradoxais de amor e ódio, experimentados pelos sentimentos de culpa e apego. Supomos que a diferença subjetiva inaugurada na trama familiar pelo filho “imperfeito” faz operar mudanças densas nas experiências de seus membros, desterritorializando os lugares de mãe, pai e do casal.

Wunemburger (2006) expressa que, se corpo designa, em primeiro lugar, uma realidade objetiva e biológica, a nossa relação, pessoal, subjetiva e íntima com ele se desenvolve por meio de um conjunto de representações que o modificam, o sobrecarregam de valores mais ou menos, transformam seu estado natural em suas aparências sensíveis. Nossa experiência do corpo afetivo oscila entre corpo real acessível ao olhar da ciência e à sua manipulação, e um corpo virtual feito de possíveis, de devaneios, de fantasias, de irrealidades que o podem esvaziar, expandir, duplicar, mascarar ou mesmo fazê-lo desaparecer. Os fabulosos avanços científicos – biotecnologias em geral – nos desafiam a rever o lugar da corporeidade na constituição do sujeito e do social (Castiel, 1999; Bernstein, 1997; Ortega, 2006; Teixeira, 2001; Vieira, 1999), pois nos convocam a desconstruir e reconstruir os modos pelos quais nos subjetivamos na atualidade.

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

nos construindo subjetivamente são perpassados por tais discursos e práticas.

Em se tratando do sofrimento envolvido na perda do filho idealizado pelo nascimento de um bebê com malformação (Dourado, 2005; Dourado, 2007; Frazer, 2004; Gomes, 2005; Kroeff, 2000), o desconhecimento com relação ao futuro dessa criança não é tão diferente do desconhecimento que cerca a vida futura de qualquer sujeito, pois somos todos forjados no campo da imprevisibilidade, tendo que nos defrontarmos com o conflito e nos implicarmos com nossas escolhas, como sujeitos de desejo.

Entendemos que a escuta psicanalítica possibilita a elaboração de conflitos inconscientes, instaurando um espaço de fala para a mulher que, ao mesmo tempo em que é exigida pelo movimento de reinvestimento libidinal no eu próprio ao trabalho de luto (Freud, 1914/1976, 1919/1976), sente-se solicitada por um bebê recém-chegado que demanda seu olhar de mãe acolhedor que ampara subjetivamente e capacita à execução dos cuidados piores de desejo incorporador do bebê na linhagem humana, como ser não reduzido ao orgânico e à manutenção de seus sistemas funcionais (Maldonado, 1997; Soifer, 1980; Szejer, 1997, 1999).

Apesar do empenho na humanização da assistência no período gravídico-puerperal (Brasil, Ministério da Saúde, 2000, 2004), observa-se que pouco se avançou quanto à participação do pai na arena da saúde da mulher e da criança. Urge repensar esta situação quanto à construção da equidade de gênero neste campo e, para tanto, a prática do profissional de saúde demonstra a necessidade de um posicionamento em que, além dos aspectos biológicos, sejam levados em conta os aspectos subjetivos, compatíveis com a almejada humanização da assistência à mulher.

REFERÊNCIAS

- Anzieu D. O eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- Arruda DC. Trajetória vivenciada pela família do recém-nascido prematuro e com muito baixo peso durante a infância [dissertação]. Maringá (PR): UEM; 2006.
- Berlinck MT. Psicopatologia fundamental. São Paulo: Escuta; 2000.
- Bernstein PL. Desafio dos deuses - a fascinante história do risco. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000 a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Gestação de alto risco. 4ª ed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil; 2000b. [Normas e Manuais Técnicos].
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral   saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b. 104p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c. 18p. [Série B. Textos Básicos de Saúde].
- Brasil. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004d. 142p. [Série F. Comunicação e Educação em Saúde].
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.  rea Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1998.
- Castiel LD. A medida do possível... saúde, risco e tecnobioc ncias. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1999.
- Cesar CLG. O "enforque de risco" em saúde pública. In: Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, Barata RB. Epidemiologia, serviç os e tecnologias em saúde. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ/ABRASCO;1998. p. 79-92.
- Caron N, Maltz R. Intervenções em grávidas com anomalias congênitas. Rev Psiquiat Rio Grande do Sul 1994;16(3):202-7.
- Caron N. O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. In: Caron, organizador. A relação pais-beb : da observação   clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p. 119-34.
- Caron N, Fonseca M, Kompinsky E. Aplicação da observação na ultra-sonografia obstétrica. In: Caron N. A relação pais-beb : da observação   clínica São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p.178-206.
- Coelho EBS, Calvo MCM, Coelho CC. Saúde da mulher. Santa Catarina: UFSC; 2006.
- Corrêa OBR. Os avatares da transmissão psíquica geracional. São Paulo: Escuta; 2001.
- Cunha G. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. 150f. Mestrado em Saúde Coletiva.
- Fonseca M, Magalhães J, Papich H, Dias R, Schimidt A. Ultra-sonografia em obstetrícia: explorando um novo mundo. In: Caron, organizador. A relação pais-beb : da observação   clínica São Paulo: Casa do Psicólogo 2000. p. 97-118.
- Gomes A, Piccinini, C. A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal no contexto de anormalidade fetal. Artigo submetido à publicação. 2004.
- Camargo KR. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc Saúde Coletiva 2004;9(1):139-46.
- Cardoso LL. Interação com os pais de crianç as portadoras de cardiopatias congênitas. São Paulo: Papirus; 1989.
- CFP. Código de  tica profissional do psicólogo. Brasília: CFP; 2005.
- Dourado VG. Gravidez de risco: a vida e a morte entre os significados da gestação [dissertação]. Maringá (PR): UEM; 2005.
- Dourado VG, Peloso SM. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. Acta Paul Enferm. 2007 Jan/Mar;20(1):69-74.

- Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá (PR): Eduem; 2004. p. 97-112.
- Fontinele Jr K. Programa Saúde da Família (PSF). São Paulo: ABED; 2008.
- Fraga ITG, Pedro ENR. Sentimentos de mães de recém nascidos prematuros. Rev Gaúcha Enferm 2004 Abr;25(1):89-97.
- Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução Rio de Janeiro: Imago; 1976b. [Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV] [Originalmente publicado em 1914].
- Freud S. Luto e melancolia. Rio de Janeiro: Imago; 1976d. [Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV]. [Originalmente publicado em 1915 [1917]].
- Freud S. O estranho. Rio de Janeiro: Imago; 1976e. [Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVII]. [Originalmente publicado em 1919].
- Freud S. Mal-estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago; 1976h. [Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XXI]. [Originalmente publicado em 1930].
- Gomes ALH. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. Psicol Hosp 2002 Dez;2(2).
- Heilborn ML. Gênero, sexualidade e saúde. In: Silva ADPM, organizador. Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: UERJ; 1997. p.101-10.
- Irvin N, Kennel J, Klaus M. Atendimento aos pais de um bebê com malformação congênita. In: Klaus M, Kennel J. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 245-75.
- Isfer E. Medicina fetal: o feto, o paciente. In: Wilhelm J, organizador. Decifrando a linguagem dos bebês. Anais do Segundo Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Peri Natal. São Paulo: Cop L Print; 1997. p. 181-92.
- Ismael SMC. et al. A prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: Escuta; 2006.
- Jerusalinsky A, organizador. Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
- Jerusalinsky A, organizador. Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre: Artes e Ofícios; 1999. p. 89-106.
- Kroeff C, Maia, C, Lima, C. O luto do filho malformado. Femina 2000;28:395-6.
- Laplanche J, Pontalis, JB. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1983.
- Lima NL, organizador. A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental. Belo Horizonte: Autêntica; 2003.
- Lopes RCS. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. Psicol Reflex Crít 2005;18(2):247-54.
- Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. São Paulo: Saraiva; 1997
- Mello Filho J, Burd M. Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
- Moura AH. A psicologia institucional e o clube dos saberes. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Moura M. Nascimento do conceito malformado: aspectos psicológicos. Femina 1986;14(7):606-12.
- Neme CMB, Rodrigues OMPR, organizadores. Psicologia da saúde. São Paulo: RiMA; 2003.
- Negri R. Observação da vida fetal. In: Lacroix M, Monmayrant M, organizadores. Laços do encantamento: a observação de bebês. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 113-29.
- Oliveira MFP, organizador. Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia. São Paulo: Papirus; 1995.
- Oliveira B, Yamamoto, K. Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática. São Bernardo do Campo, SP: UMEESP; 2003.
- Ortega F. Fenomenologia da visceralidade: notas sobre o impacto das tecnologias de visualização médica na corporeidade. Cad Saúde Pública 2005 Dez;21(6):1875-83.
- Ortega F. O corpo incerto: tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond; 2008.
- Parente FS, Dall'Olio AMM, Teixeira LC. Medicalização da reprodução: interrogações éticas sobre os impactos da tecnociência no corpo feminino. Mundo Saúde 2006;30(3):455-64.
- Parques PJ, Delcambre G. Dessins de corps d'enfants imaginés pendant la grossesse, in "Corps d'enfant". Cahiers du Nouveau-Né 1980;(4):201-18. stock-Edit.
- Passos E, Barros RB. Clínica e biopolítica no contemporâneo. Rev Psicol Clín 2001;16:71-9.
- Petrini JC, Cavalcanti URS. Família, sociedade e subjetividades. Uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005.
- Piva ABS. Transmissão transgeracional e a clínica vincular. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.

- Piccinini CA. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicol Teor Pesqui* 2004;20(3):223-32.
- Piccinini CA, Silva MR, Gonçalves TR. O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicol Reflex Crit [online]* 2002;17(3):303-14.
- Piontelli A. De feto à criança: um estudo observacional e psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
- Quayle J. Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In: Zugaib M, Tedesco J, Quayle J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 216-27.
- Quayle J. Parentalidade e medicina fetal: repercussões emocionais. In: M. Quayle J, Neder M, Mihaydaira S, Zugaib M. *Repercussões na família do diagnóstico de malformações fetais: algumas reflexões*. *Rev Ginecol Obstetr* 1996;7(1):33-9.
- Quevedo MP. Entre o sonho e o risco: os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.
- Rey FG. Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicol Reflex Crít* 1997;10(2).
- Rey FG. O social na psicologia e a psicologia no social. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001.
- Rey FG. *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Thomson; 2004.
- Ricci SS. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: LAB; 2008.
- Richter HE. *A família como paciente*. Rio de Janeiro: Martins Fontes; 1996.
- Roudinesco E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: JZE; 2003.
- Saito RS. *Saúde da família: considerações teóricas*. São Paulo: Empório do Livro; 2008.
- Sales CA, Alves NB, Vecchi MR, Fernandes J. Concepções das mães sobre seus filhos prematuros em UTI. *Rev Bras Enferm* 2006 Jan/Fev;59(1):20-4.
- Serruya SJ. *A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil / Suzanne Jacob Serruya*. Campinas, SP: [s.n.]; 2003.
- Silva L, Santos RC, Parada CMGL. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Rev Lat-Am Enferm* 2004;12(6):899-904.
- Soifer R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.
- Soulé M, organizador. *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
- Spink MJ. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Szejer M. *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
- Szejer M, Stewart, R. *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- Tedesco JJA. Gravidez de alto risco: fatores psicossociais. In: Tedesco JJA. *A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 29-41.
- Teixeira LC. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. *Lat-Am J Fundam Psychopathol Online* 2006a Mai. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org>
- Teixeira LC. Morte, luto e organização familiar: à escuta da criança na clínica psicanalítica. *Psicol Clin* 2006b;18(2):63-76.
- Tronchin DMR, Tsunehiro MA. A experiência de tornarem-se pais de prematuros um enfoque etnográfico. *Rev Bras Enferm* 2005 Jan/Fev;58(1):49-54.
- Tsunehiro MA, Bonadio IC. A família na rede de apoio da gestante. *Fam Saúde Desenvol* 1999;1(1/2):103-6.
- Vitale MAF, Acosta AR. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez; 2008.
-

Recebido em 13 de maio de 2008
Aprovado em 2 de agosto de 2008