

7. Conclusão

Neste momento, ao concluir esta pesquisa, a seguinte pergunta aparece: *qual o tipo de relação predominantemente estabelecida entre mãe e bebê cardiopata - uma relação “boa o bastante” ou uma relação deficitária?*

Em nosso caso, o que se conclui é que a relação se caracteriza como sendo “**boa o bastante**”, apesar de apresentar algumas características de uma relação deficitária (não desejo de engravidar, preocupação materna primária interrompida, triangulação invasiva, culpa patológica e “meio- ambiente não facilitador”)¹. O que determinou que tal relação fosse possível foi o **apoio do “meio-ambiente”** circundante (marido, filhos, família, amigos e equipe médica), que contribuiu para o estabelecimento de vínculos saudáveis. A mãe, sentindo-se apoiada, amparada e cuidada por seu meio-ambiente pode propiciar um meio-ambiente “bom o bastante” para seu filho.

Entretanto, sabemos o quanto é difícil para as mães terem um filho cardiopata e o quanto a adaptação à situação de doença é envolta por sentimentos ambivalentes: raiva, angústia, culpa e frustração. Radovan (1989) nos aponta alguns aspectos que podem comprometer essa adaptação, prejudicando a interação entre a criança doente e o ambiente:

1. A gravidade do diagnóstico e prognóstico;
2. Grau de limitação impelida pela doença;
3. Presença ou suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor;
4. Predisposição genética;
5. Implicações concomitantes como necessidade de cuidados físicos;
6. A visibilidade da doença diante da sociedade;
7. Diferenças individuais de temperamento e personalidade;
8. Relações familiares;

¹ Essa análise foi possível pela escolha do viés qualitativo para a realização deste estudo.

9. Situação sócio-econômica.

Relacionando esses aspectos com a situação dos bebês cardiopatas podemos supor que, de acordo com o referido autor, haverá uma interação deficiente e distorcida entre a criança e seu meio-ambiente. Isso porque: de modo geral, as cardiopatias apresentadas são complexas; os bebês sofrem limitações físicas; há possibilidade de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; há grande necessidade de cuidados físicos; a cirurgia pode deixar marcas e as famílias pertencem à classe baixa. Entretanto, constatamos que a relação mãe-bebê cardiopata pode ser facilitadora de saúde desde que mãe e bebê sejam vistos como uma unidade.

Não podemos nos esquecer que essas mães estão passando por um período de luto, um período de elaboração da situação traumática vivenciada por elas quando descobriram seus filhos portadores de cardiopatia congênita. Como visto anteriormente no capítulo 1, ao longo do processo de elaboração da perda (perda do filho saudável, perda do convívio nos primeiros dias nos casos de hospitalização precoce, perda de alguns sonhos e expectativas, além da possibilidade da perda real, ou seja, a morte) há uma seqüência de estágios pelos quais a maioria dos pais destas atravessa de formas diferentes: 1) choque; 2) negação; 3) barganha; 4) tristeza, cólera e ansiedade; 5) equilíbrio (ajustamento à situação e mais confiança em sua capacidade para cuidar do bebê) e 6) reorganização. Esse processo de enlutamento (processo de adaptação a perda) é normal e precisa ser elaborado para que, neste caso, a mãe possa “encontrar” seu bebê cardiopata e não aquele bebê sonhado e idealizado por elas.

Esta pesquisa nos faz levantar uma questão que considero importante ao tratamento do bebê cardiopata: a necessidade de cuidar do “meio-ambiente” da mãe. Essas mães precisam de apoio e de cuidados especiais para que possam cuidar bem de seus bebês. Muitas vezes, a sociedade, a família e a equipe de saúde exigem muito da mãe: exigem que ela ajude os médicos, que ela os apóiem, que ela cuide dos outros filhos, do marido, da casa, etc.. Mas, tal como o bebê, ela está fragilizada, “adoentada” e precisa ser “medicada”. É na teoria de Winnicott, através do conceito de *preocupação materna primária*, que encontramos subsídios para entendermos essa necessidade da mãe em ser cuidada também nesse estágio inicial do desenvolvimento. Esse estado em que a mãe se encontra em fusão

emocional com seu bebê, onde ela é o bebê e o bebê é ela, capacita-a a se adaptar às necessidades iniciais do bebê e se identificar com ele. Quando a mãe se coloca no lugar de seu bebê ela é capaz de transformar as necessidades deste em comunicação. Mas ao mesmo tempo em que está identificada, mantém um senso próprio de subjetividade, distinta como indivíduo separado, para permitir-se servir de intérprete da experiência do bebê. Mas, assim como seu bebê doente necessita de intervenções e cuidados especiais, ela também tem essa necessidade por que está identificada com seu filho. Quando a equipe de saúde entende isso, a mãe se sente acolhida e amparada, como os resultados comprovam. E assim, essas mães conseguem cuidar melhor de seus bebês, confortando-os e acalmando-os.

Daí a importância do trabalho do psicólogo na equipe de saúde, que além de propiciar um ambiente acolhedor, através de um bom *holding* e *handling*, pode funcionar também como ego-auxiliar da mãe, atendendo-a prontamente em suas necessidades e servindo como interlocutor na comunicação com a equipe. Como parte do *holding* cabe ao psicólogo entender as vicissitudes da relação mãe-bebê ajudando na manutenção da “continuidade”, tão importante para uma relação “boa o bastante”. Seu oposto, a relação deficitária, faz com que o “meio-ambiente” fique invasivo ou ausente trazendo prejuízos irreparáveis ao desenvolvimento do bebê. E quanto ao *handling*, cabe ao psicólogo ajudar na reconstrução do significado de ter um filho com cardiopatia congênita.

O que este estudo propõe é uma nova visão de atendimento à dupla mãe-bebê doente. A mãe precisa deixar de ser vista como a protagonista para ser vista igual ao bebê. Se a equipe de saúde não entende essa necessidade da mãe em receber cuidados, a relação mãe-bebê poderá desenvolver-se de maneira deficitária, pois à mãe não foi dada a possibilidade de restabelecimento e nem de “cura”. A mãe e seu meio-ambiente (marido, filhos e família) devem ser envolvidos numa unidade de cuidados juntamente com o bebê desde o diagnóstico da doença.

Com isso, sugerem-se algumas recomendações direcionadas aos profissionais de saúde envolvidos no trabalho com o bebê cardiopata:

- criação de espaços de escuta que acolham e propiciem a elaboração dos significados produzidos por cada mãe da doença do bebê;

- compreensão da unidade mãe-bebê e suas peculiaridades;
- necessidade de cuidar do “meio-ambiente” materno, formando uma rede de apoio e implicando a família no tratamento dispensado ao bebê cardiopata;
- prevenção de comportamentos patológicos maternos que podem distorcer o desenvolvimento do bebê;
- necessidade de que os profissionais de saúde reflitam sobre seu papel, tentando eliminar a postura paternalista e autoritária;
- formação de uma equipe multidisciplinar que trabalhe visando o atendimento integral ao bebê cardiopata de maneira homogênea e sintonizada.

Com isso, espero estar contribuindo para a implantação de uma assistência humanizada e especializada ao bebê cardiopata e a sua família.