

CONVERSA DE UTI: GRUPO DE PAIS NUM SERVIÇO DE UTI NEONATAL¹

Ana Maria Vieira Rosenzvaig,² São Paulo

Resumo

Partindo da apresentação da prática “Grupo de Pais” como uma das modalidades de intervenção terapêutica e preventiva oferecida a pais de bebês internados numa UTI Neonatal, o trabalho discute sua função como um espaço privilegiado de construção de uma narrativa subjetivada sobre o bebê, possibilitando aos pais uma retomada gradual do processo de gestação psíquica deste bebê e reapropriação, por parte deles, das funções parentais. É enfatizado ainda esta atividade “Grupo de Pais” como potencializadora do desenvolvimento de um trabalho genuinamente transdisciplinar no atendimento dos bebês internados e seus cuidadores, e funcionando também como um dispositivo de escuta e intervenção psicanalíticas bastante adequadas ao que é demandado numa realidade hospitalar e de UTI Neonatal.

Palavras-chave: UTI neonatal; abordagem de tratamento interdisciplinar; narrativas; psicanálise

Uma UTI Neonatal é o lugar para onde são encaminhados bebês, que por complicações durante o período de gestação, parto ou período pós-natal, precisam de cuidados especiais para garantir a continuidade de sua vida.

Para qualquer pessoa que adentra uma UTI Neonatal pela primeira vez a cena é bastante marcante. A UTI Neonatal é um berçário onde reina a presença das máquinas que circundam as incubadoras – caixas acrílicas transparentes onde são colocados os bebês que, em sua grande maioria são prematuros. Estes bebês (cujo tamanho assusta, pois não corresponde ao que imaginamos de um recém-nascido) estão normalmente conectados através de fios a aparelhos eletrônicos (medidores, respiradores, dosadores de medicação e soro) que piscam e bipam, provocando susto e apreensão. É realmente um ambiente muito pouco acolhedor ao visitante e que mobiliza a sensação de impotência e perplexidade.

1 Uma versão deste artigo foi apresentada na mesa-redonda “Cuidados Especiais com bebê pré-termo”, do XV Congresso da Federação Latino Americana de Psiquiatria da Infância, Adolescência, Família e Profissões afins, Curitiba, maio de 2005.

2 Psicóloga, membro filiado do Instituto de Psicanálise da SBPSP e mestre em Estudos Psicanalíticos Observacionais pela University of East London, Tavistock Clinic.

Se é verdade que todo o nascimento de um bebê introduz sempre o elemento surpresa para os pais, pois o bebê real nunca corresponde àquele que é esperado, o que se vive numa UTI Neonatal é de longe muito mais inesperado e exigente do ponto de vista da elaboração parental.

A experiência de ter um bebê internado numa UTI é sempre traumática. Normalmente ela surge a partir da determinação de uma urgência médica (imposição do real) e sempre “fala” da ameaça à continuidade da vida. As internações, que ocorrem em sua grande maioria logo após o parto, promovem um afastamento drástico do bebê e sua mãe, o que afeta intensamente o processo de gestação psíquica que vinha ocorrendo no psiquismo materno. Lembremos que o pós-parto é um momento de grande sensibilidade para ambos (mãe e bebê) e, ainda, um momento especial de conhecimento mútuo, interação, comunicação e vínculo mãe-bebê.

Affleck & Tennen (1991) nomeiam – “crise da UTI Neonatal” – este processo de efeito desarticulador que se instala na relação dos bebês e suas famílias, a partir do impacto traumático da experiência de internação do bebê na UTI neonatal sobre o mundo interno dos pais e do bebê e que, segundo Mc Fayden (1994) vai marcar diferentemente todos aqueles que o vivem – bebês, famílias e equipe de profissionais.

Sabemos que toda gravidez representa para os pais, mas principalmente para a mãe, um período de reorganização psíquica e de sua identidade. É um período quando as representações mentais maternas ficam centradas sobre a inegável polarização narcísica (Stern, 1985; Bydlowsky, 1989; Winnicott, 2000; Raphael-Leff, 1997). Este período caracteriza-se pela intensa “permeabilidade das fronteiras” entre os níveis da consciência da mulher, promovendo um funcionamento caracterizado pela diminuição das resistências habituais diante do recalcado inconsciente e um superinvestimento da história pessoal e dos conflitos infantis da futura mãe. Este momento de *transparência psíquica* (Bydlowsky, 1989) inaugura a experiência de um reencontro íntimo da mãe consigo mesma.

A reativação dos processos psíquicos mais arcaicos, que é favorecida pela presença do bebê (feto), que a mulher sabe presente dentro de seu corpo, permite à mulher gestante e parturiente um contato mais fácil com o funcionamento psíquico iniciante do bebê. Este estado psíquico é o que Winnicott (1956/2000) denominou *preocupação materna primária*.

Enquanto no início de período gestacional a mãe inflada narcisicamente vive um tempo de plenitude em que mãe e filho tendem a fazer 1, o progressivo contato com um bebê que mesmo no útero (interno) vai se fazendo presente, até o contato real com o bebê após seu nascimento (externo), promove um crescente e correspondente desinvestimento na mãe e investimento no bebê. Todo este processo exige uma intensa elaboração psíquica por parte da mãe. Segundo Bydlowsky (1989) o feto

neste momento “seria uma representação metafórica do objeto interno que atrai e mobiliza toda a reorganização psíquica e de sua identidade”, por parte da mãe.

Neste processo de elaboração, a atenção psíquica oscila num movimento contínuo e não linear de dentro para fora; num movimento de vai e vem entre o objeto real bebê e as representações maternas suscitadas pela presença do bebê; constituindo o alicerce do movimento gradual de *objetalização* do bebê no psiquismo materno (Golse, 2002).

Esse movimento que é da ordem de um gradiente contínuo é marcado por 4 etapas, correspondentes a estágios diferentes do objeto:

- objeto puramente interno
- objeto interior físico mas já psiquicamente externalizado
- objeto externo físico mas ainda psiquicamente internalizado
- objeto verdadeiramente externo” (p. 219)

Do ponto de vista da mãe, “existe então um gradiente que vai do ‘objeto interno’, metáfora dos cuidados maternos de outrora, ao ‘objeto externo’, pelo viés de um movimento de desinvestimento progressivo do primeiro em benefício do segundo.” (Golse, 2002, p. 218)

Tal processo nem sempre ocorre na clínica de maneira gradual, e a presença do “objeto externo” no psiquismo materno não coincide com o surgimento externo do bebê real provocado pelo nascimento. Golse afirma: “Muitas mulheres permanecem ainda algumas semanas em seu sonho de gravidez com o objeto interno perdido, até que, movido pela força de sua necessidade de conservação, o bebê externo a estimula ao diálogo”. (p. 219) e, ainda nos chama atenção que neste processo a mãe tem necessidade do pai que, na sua função paterna, “tire-a de seu sonho de gravidez e encoraje-a a olhar o bebê” (p. 219) como um objeto completo, inteiro.

Como pensar então o que se passa quando o nascimento de um bebê é seguido de uma internação na UTI Neonatal? Qual é a interferência desta internação no processo de “objetalização” do bebê por parte da mãe?

Supomos que estas mães, traumatizadas pelo impacto e invasão dramática do real do corpo do bebê na incubadora, têm dificuldade de dar continuidade ao processo de “objetalização” do bebê.

Além disso, o trauma de um nascimento prematuro ou do nascimento de um bebê que precisa de internação na UTI determina, como efeito, a suspensão da continuidade do processo de gestação psíquica do bebê que ia ocorrendo através da função de continência materna, da função de transformação, no sentido bioniano do termo, e dificulta imensamente a capacidade de elaboração, por parte da mãe, de sua identidade e sua função enquanto mãe.

Do ponto de vista dos pais, e principalmente da mãe, o que observamos inicialmente é, na sua grande maioria, mães calarem-se atordoadas, como que num processo de choque. São mães que de um lado tendem à depressão e de outro à mania, colocando-se normalmente alienadas da experiência vivida, numa negação e ilusão de possibilidade de controle.

Do ponto de vista do comportamento apresentado no Grupo de Pais o que observamos, esquematicamente, é:

1. De um lado pais que apresentam um certo retraimento ou até recusa da fala. São mães normalmente caladas que nos relatam, principalmente, a vivência de um estado de atordoamento e de confusão em entender o que se passa com seus bebês, assim como a sensação de sentirem-se incapazes de fazer algo por eles. Nestes casos observamos ainda uma total entrega do bebê aos cuidados da equipe multidisciplinar. Há pouco questionamento e uma atitude de submissão.
2. De outro lado, observamos pais que não param de falar, ocupam todo o espaço possível do Grupo de Pais fazendo perguntas, numa busca intensa por informações médicas (índices de crescimento, exames etc) para entender o que o filho tem. Nestes casos, os pais são bastante atuantes no dia-a-dia do berçário, mas normalmente são percebidos pela equipe como “pais difíceis”.

O que nos parece estar ocorrendo neste segundo tipo de reação é uma tentativa de apropriação do discurso médico que domina o ambiente e que, por suas próprias características, oferece a tentação de aparente controle sobre as vicissitudes da vida do bebê e, assim, também, um controle sobre o que acontece com os próprios pais. No discurso médico não há espaço para se falar dos sujeitos: mãe, pai, bebê, lateralizando-se ou até impedindo o contato com o sofrimento. Neste movimento, a angústia dos pais referente à vivência de descontrole e falta de domínio da situação interna e externa que estão vivendo fica aparentemente aplacada.

Em concordância com nossas observações, A. Carel (citado por Andrade, 2002) descreve comportamentos semelhantes apresentados no pós-parto por mães de prematuros. São eles: confusão existencial e a chamada maternagem branca (caracterizada ou por um comportamento de pseudonormalidade e/ou de racionalização dos cuidados). Carel sugere que estes casos devem receber atenção especial dos profissionais, pois podem determinar interações patogênicas entre mãe-bebê.

Entretanto, em nossa prática cotidiana, raramente observamos comportamentos tão distintos e extremos como os mencionados acima; o que acompanhamos normalmente são situações que tangenciam cada um destes blocos de reações.

É exatamente por este motivo que consideramos a atividade do Grupo de Pais como uma prática privilegiada de na atuação cotidiana da UTI Neonatal. Acreditamos que através do Grupo de Pais podemos trabalhar diretamente com um número maior de pais, temos, mais rapidamente, acesso às vivências internas dos pais e, ainda, conseguimos diagnosticar rapidamente os quadros extremos que devem ser acompanhados mais intensamente através de outro tipo de intervenção.

Em nossa prática, o Grupo de Pais ocorria uma vez por semana, com horário e local fixo e conhecido pelos pais (pois esta informação era passada a eles logo no início da internação), e tinha sempre a presença de um médico que nos acompanhava nas reuniões, assim como de representantes das várias especialidades da equipe multidisciplinar. A proposta do grupo de Pais sempre foi de facilitar a aproximação pais e equipe multidisciplinar, o esclarecimento de dúvidas sobre o estado geral do bebê, exames e procedimentos realizados, e explicação sobre a rotina do serviço, assim como, principalmente um lugar para troca de experiências entre os pais.

A nosso ver, a presença do médico no Grupo de Pais era fundamental, pois funcionava como um disparador de interesse de participação pelos pais, que procuravam este espaço para poderem questionar, ouvir e falar e saber mais sobre seus bebês. A palavra do médico, que falava dos limites e das características do corpo real do bebê ia, a nosso ver, marcando diferença entre o bebê real e aquele bebê do imaginário e fantasma materno. Era desta diferenciação mãe e bebê que nascia o pensamento, a simbolização, a retomada da gestação psíquica e transformação do objeto externo físico, mas ainda psiquicamente internalizado, em objeto verdadeiramente externo. E a “objetalização” do bebê que ia permitir o investimento sobre ele.

Normalmente, como proposta de dinâmica do grupo, pedíamos aos pais que nos falassem e contassem sobre seus bebês: a razão pela qual foi internado; falassem sobre suas preocupações, suas dúvidas. A pergunta dirigida aos pais era: *O que você sabe sobre seu bebê?*

Identificamos claramente que o exercício que propúnhamos aos pais, a partir de nossa pergunta, funcionava principalmente como um dispositivo que possibilitava a construção de uma narrativa subjetivada sobre a história da relação deles com o bebê. Era um exercício de implicar-se e apropriar-se desta experiência e de lhe dar um sentido, que ia sendo construído pela fala ou pela constatação de sua falta, pelo esclarecimento de dúvidas, pelo maior acesso às informações, pela possibilidade de formular questões, pela chance de expressar-se e de compartilhar sentimentos, emoções, medos e angústias.

Neste espaço de construção de narrativa, a fala do médico que dava explicações e esclarecia dúvidas, oferecia aos pais pistas que permitem a eles uma aproximação da experiência de seu bebê e, assim, a possibilidade de buscar sua compreensão sobre ele. Neste trabalho a presença do psicanalista nos parecia fundamental, pois

funcionava como um terceiro que favorecia a mediação entre o bebê que ia sendo subjetivado pela mãe e o bebê que era apresentado pelo discurso médico.

Aqui comparamos nosso trabalho ao que é destacado por Golse sobre o trabalho do terapeuta pais-bebê.

O terapeuta aparece assim como um objeto terceiro que deve ser suficientemente maleável e narrativo, a fim de coescrever com as tríades uma história que talvez não seja a dos acontecimentos reais, mas sim uma história que possa dar toda a sua coerência existencial ao sofrimento, a fim de recolocar as dificuldades da criança em perspectiva com sua biografia e com aquela de seu grupo familiar, social e cultural. A história do sujeito é assim fundamentalmente uma coconstrução. (2002, p. 74)

Acreditamos que o Grupo de Pais, enquanto espaço de escuta e expressão dos devaneios e fantasias inconscientes maternas, assim como da apresentação de suas condições psíquicas, possibilitava à mãe ir separando suas questões pessoais das do bebê. Era um espaço de discriminação do que é real e do que é fantasmático ou imaginário; um espaço de construção de uma nova relação, de uma nova narrativa.

Do ponto de vista do trabalho numa equipe multidisciplinar, nos parece também fundamental identificar o quanto o Grupo de Pais tinha um efeito agregador e, assim, potencializador de uma atenção e uma atitude transdisciplinar frente aos casos. Juntar, no momento do Grupo de Pais, as diversas especialidades que atuavam no serviço de UTI Neonatal, funcionava como um dispositivo para integrar os diversos olhares e intervenções que atuavam sobre o bebê, resgatando sua unidade e a possibilidade de vê-lo como sujeito inteiro.

Cabe agora concluir e ressaltar o quanto a escrita deste trabalho e a tentativa de articulação teórica sobre nossa prática sempre nos oferece uma oportunidade preciosa de pensar sobre os fios estruturais que fundamentam nosso fazer, permitindo assim seu aprimoramento e a possibilidade de usufruir dele em toda a sua plenitude.

Conversación de UTI: Grupo de Padres en un Servicio de UTI Neonatal

Resumen: A partir de la presentación práctica – de grupo de padres – como una de las modalidades de intervención terapéutica y preventiva ofrecida a padres de bebés internados en una UTI Neonatal, el presente trabajo discute la función del grupo, en cuanto espacio privilegiado de construcción de una narrativa subjetivada sobre el bebé, tornando posible que los padres retomen gradualmente el proceso de gestación psíquica del bebé y se reapropien de sus funciones paternas. Aún, se enfatiza que esta actividad – el grupo de padres – puede potencializar el desarrollo de un trabajo genuinamente transdisciplinar, ofreciendo atención a los bebés internados y a sus cuidadores. Funciona también como un dispositivo de escucha e intervención psicoanalíticas, bastante adecuadas a lo que es demandado de una realidad hospitalaria y de UTI Neonatal.

Palabras-clave: UTI neonatal; abordaje de tratamiento multidisciplinario; narrativas; psicoanálisis

ICU conversations: Parents' group sessions in a Neonatal Intensive Care Unit

Abstract: The article presents Parent's Group Sessions as one of the preventive and therapeutic practices used in a Neonatal Intensive Care Unit. It emphasizes the function of this practice as a special and privileged space offered to the parents, where talking may lead to the development of a subjective parent's narrative about the baby and their relationship with him. It is discussed how this activity – narrative construction – may gradually facilitate the reestablishment of parents' psychic gestation of their baby as well as reappropriation of parenting functions. It is also proposed that this practice – Parent's Group Sessions – do establish a genuine interdisciplinary approach and attitude among the working staff at the Neonatal Intensive Care Unit.

Keywords: neonatal ICU; interdisciplinary treatment approach; narratives; psychoanalysis.

Referências

- Affleck, G., & Tennen, H. (1991). Appraisal and coping predictors of mother and child outcomes after newborn intensive care. *Journal of Social and Clinical Psychology, 10*, 424-447.
- Andrade, M.A.G. (2002). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de parentificação. In L. F. Corrêa, M. H. G. Corrêa, & P. S. França, *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos* (pp. 167-187). Brasília: LGE.
- Bydlowski, M. (1989). Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation. In S. Lebovici, & F. Weil-Halpern (Orgs.), *Psychopathologie du bébé* (pp. 57-65). Paris: PUF.
- Golse, B., & Bydlowski, M. (2002). Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objetualização. In L. F. Corrêa, M. H. G. Corrêa, & P. S. França, *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos* (pp. 215-220). Brasília: LGE.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1993)
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D.W. (2000). A preocupação materna primária. In D.W. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise* (399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956)

Leituras complementares

- Bion, W. R. (1993). A theory of thinking. In W.R. Bion, *Second thoughts* (pp. 110-119). London: Karnac Books, 1993. (Original work published 1962).
- Brazelton, T. B. (1988). Prematuridade e apego. In T. B. Brazelton, *O desenvolvimento do apego: uma família em formação* (pp. 69-87). Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. (Trabalho original publicado em 1981)
- Emanuel, L. (1997). Facing the damage together: Some reflections arising from the treatment in psychotherapy of a severely mentally handicapped child. *Journal of Child Psychotherapy, 23* (2), 297-302.
- Emanuel, R. (1984). Primary disappointment. *Journal of Child Psychotherapy, 10* (1), 71-87.
- Lebovici, S. (1983). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas. Não citado
- Mc Fadyen, A. (1994). *Special care babies and their developing relationships*. London: Routledge.

Ana Maria Vieira Rosenzvaig
Av. Brig. Luiz Antonio, 3333 cj. 22 – Jd. Paulista
01401-001 São Paulo, SP
Tel: 11 3885-1969
amrosenzvaig@terra.com.br

Recebido em: 4/5/2010

Aceito em: 6/10/2010