

MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**UMA MÃE NA UTI NEONATAL**

EM DEFESA DA PRIMEIRA VISITA EM COMPANHIA  
DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

*Haydée Côrtes de Barros Silveira Piña Rodrigues*

Orientação:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liana Albernaz de Melo Bastos

Rio de Janeiro

2009

MON  
HEBSPR  
2009

U F.R.J

MATERNIDADE ESCOLA  
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE  
N. ADM. 723551  
N. SISTEMA 723551  
SÓD. BARRA

UFRJ  
Maternidade-Escola



561796

resumo OK



## UMA MÃE NA UTI NEONATAL:

EM DEFESA DA PRIMEIRA VISITA EM COMPANHIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Haydée Côrtes de Barros Silveira Piña Rodrigues

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liana Albernaz de Melo Bastos

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

---

Prof<sup>a</sup> Mestre Laura Johanson da Silva

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liana Albernaz de Melo Bastos

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2009.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos coordenadores do curso de especialização Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, Marcus Renato Carvalho e Marisa Maia, pelo estímulo oferecido.

Às mulheres entrevistadas, que generosamente compartilharam sentimentos e emoções, permitindo assim a realização desta pesquisa.

Às minhas colegas de curso, pelo apoio e companheirismo nas horas mais difíceis, e em especial a Simone Wenkert, sem a qual eu não teria chegado à conclusão do curso.

À Leslye e Sandra Valeska, por facilitarem minha entrada e criarem um ambiente favorável à realização do trabalho.

À Maria do Carmo Soares, pela amizade e auxílio na leitura dos primeiros rascunhos, ainda desconexos.

À Liana, minha orientadora, pelas tardes acolhedoras e produtivas, e por sua paciência desmedida.

À Laura Johanson, pela generosidade ao aceitar a interlocução do trabalho.

À Alberto, por ter me apoiado quando eu estava ausente.

E, finalmente, aos meus três filhos, pelo amor e carinho compartilhado todos os dias.

## RESUMO

A partir de pesquisa realizada com mães de bebês internados em UTI neonatal, na Maternidade Escola da UFRJ, a autora propõe que as mães sejam acompanhadas por um profissional de saúde na ocasião da primeira visita à UTI neonatal. Defende-se o acolhimento da mãe do bebê internado, como medida preventiva e necessária para a diminuição das ansiedades maternas, favorecendo o estabelecimento de um ambiente propício à construção do aparelho psíquico do bebê e da parentalidade.

**Palavras-chave:** UTI neonatal, acolhimento, mãe, recém-nascido.

## ABSTRACT

Based on research conducted with mothers of babies admitted to the neonatal ICU (Intensive Care Unit), at the Maternity School of the Federal University of Rio de Janeiro, the author proposes that such mothers should be attended by a health professional upon their first visit to the neonatal ICU. It is also advocated that mothers should be welcomed as a preventive and necessary measure for the establishment of baby's psychism and parents' process of parenthood.

**Key words:** Neonatal ICU, welcoming, mother, newborn.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	p. 5
CAPÍTULO 1. REFERÊNCIAS TEÓRICAS .....	p. 9
1.1. Gestação, representações e identidades.....	p. 9
1.2. O Ambiente e a construção da parentalidade.....	p. 12
1.3. A relevância do toque e da dimensão corporal .....	p. 14
CAPÍTULO 2. A PESQUISA DE CAMPO .....	p. 18
2.1. Metodologia .....	p. 18
2.2. Análise dos resultados .....	p. 18
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	p. 30
BIBLIOGRAFIA .....	p. 33
ANEXOS .....	p. 35

## INTRODUÇÃO

A experiência de ter um filho recém-nascido internado numa UTI neonatal provoca aos pais sentimentos de insegurança, medo e ansiedade. Nesta situação inesperada, a família busca justificativas e esclarecimentos que suavizem seu sofrimento, na esperança de que se reduza o risco de morte do bebê. Principalmente no caso da mãe, surgem sentimentos de fracasso. O sonho de levar o bebê para casa com saúde, apto à vida fora do ambiente hospitalar, é interrompido pela notícia de que algo transcorreu de forma negativa e o recém-nascido permanecerá internado. Desprovida de um pós-parto bem-sucedido e separada precocemente de seu bebê, a mãe experimenta, com frequência, uma sensação corporal de vazio, que pode evoluir para um quadro depressivo grave, merecendo a atenção da equipe de saúde nos âmbitos da prevenção e do atendimento. Do mesmo modo, o recém-nascido, separado de sua mãe, demanda cuidados especiais.

Não raro, os cuidados prestados à mãe e ao bebê que se encontram nestas delicadas circunstâncias deixam muito a desejar. Numa recente experiência profissional, tive a oportunidade de testemunhar depoimentos que confirmam esta suposição. No decorrer dos anos de 2006 e 2007, acompanhei um grupo terapêutico composto por mulheres grávidas ou no período do pós-parto, a fim de criar um espaço de elaboração visando o acolhimento e a compreensão de sentimentos e vivências relacionados à maternidade.<sup>1</sup> Neste contexto, evidenciou-se um nítido descontentamento das mulheres em relação aos médicos e ao atendimento prestado, em repetidas queixas de descuido e descaso.

Compreendi, então, que a maioria das mulheres descontentes discorria sobre aquilo que não teve expressão durante o contato com o médico – qualquer vivência que ficou sem sentido ou sem acolhimento. Algumas se sentiram

---

<sup>1</sup> Trabalho social realizado na Pastoral do Recém-Nascido, na Igreja de São Conrado, situada à Estrada da Gávea, 889.

desapropriadas do direito à maternidade, uma vez que lhes foram impostos modos e maneiras de amamentar, de trocar, de banhar e de proteger seus filhos, imposições que lhes subtraíam a autonomia e a capacitação no trato com seus bebês. Uma mãe, em particular, lamentou-se por ter seu bebê internado na UTI neonatal e por se sentir alijada deste ambiente tão reservado. Como uma intrusa no local, incapaz de ajudar seu bebê, ela percebeu, aos poucos, que não ocupava qualquer função na rotina da UTI: além de inútil, sua presença causava constrangimento aos técnicos que manipulavam seu filho. Insegura, resolveu voltar sua atenção para seu lar, onde outros quatro filhos a esperavam, certa de que, em casa, sua presença materna era de grande importância para o bem-estar da família. Ao acompanhar esta mãe, pude notar que, paulatinamente, ela passou a dedicar cada vez menos atenção ao bebê que permanecia na UTI. Passou a visitá-lo apenas duas vezes por semana, enquanto seu leite minguava. Com o tempo, foi se desobrigando em relação ao seu filho, como se ele não pertencesse mais a ela – e sim à UTI e aos profissionais que ali atuavam, sem considerar sua presença, tão importante para a saúde do bebê e dela própria.

Situações semelhantes a esta foram observadas pelas pesquisadoras Nina Braga e Denise Morsch, que reforçam a idéia de que os pais costumam pensar, equivocadamente, que ocupam um papel secundário ao longo da internação de seus bebês. (BRAGA & MORSCH, 2003.) Este equívoco é especialmente problemático porque a díade mãe-bebê é o que possibilita a produção, em ambos, de um sentido de existência e de um significado para os cuidados dedicados a um outro ser dependente. É a partir da relação com a mãe que o ser humano começa a se constituir como um sujeito da cultura, um sujeito integrado, apto às relações sociais e ao convívio com outros seres humanos e outras subjetividades.

Como num texto elaborado de forma contínua e interminável, as experiências precocemente vividas pelo bebê vão marcando e determinando o tipo de relação estabelecida entre ele e sua mãe. Numa UTI neonatal, entretanto, um manto de incertezas recai sobre o futuro, e cada encontro entre a mãe e filho é atravessado pelo risco inerente à hospitalização.



A motivação pessoal que me conduziu a formular minha investigação teve suporte no comovente encontro que tive, durante minhas visitas à UTI neonatal da Maternidade Escola, com uma mãe que estava ao lado de seu filho, nascido prematuramente. Demonstrando sofrimento evidente, ela me disse que tinha pena do bebê, pois não sabia o que era aquela borracha na boca dele, e ficava assustada quando olhava para os números que se alteravam, reluzentes nas máquinas. Tentei esclarecer a mesma, explicando-lhe como os números auxiliavam a equipe na percepção do estado de saúde do recém-nascido. Quanto à “borracha”, disse-lhe que se tratava de uma sonda para alimentá-lo e, eventualmente, livrá-lo de alguma secreção. Segui dizendo que, nesse estágio de desenvolvimento, aquela era a maneira mais adequada de ajudar o bebê. Esboçando um sorriso, a mãe me falou que seu bebê se parecia com o pai, e que ela podia reconhecer em seus longos dedos a semelhança com a mão de seu marido. Conversamos sobre questões relativas à genética familiar em geral e, após certo tempo, pude constatar que ela estava um pouco menos angustiada, passando a compreender melhor o ambiente no qual estavam inseridos.

Despedi-me daquela mulher, sentindo um incômodo que determinou a escolha do tema desta pesquisa. Perplexa, questionava-me sobre suas dúvidas e não consegui responder por que ela se mostrava tão desinformada sobre seu bebê. Carregava perguntas que se multiplicavam, criando fantasias ameaçadoras e prejudiciais para os próximos momentos. Passei a me perguntar, então, o que teriam dito àquela mãe na ocasião em que seu bebê entrou na UTI neonatal e que tipo de assistência poderia ser oferecida a ela, a fim de diminuir sua angústia e a dos demais familiares.

Neste sentido, busquei investigar como acontece a primeira visita à UTI neonatal da Maternidade Escola da UFRJ, a partir dos relatos de dez mães, no intuito de demonstrar a necessidade de cuidados preventivos para atenuar o impacto emocional sofrido por elas neste contexto dramático, onde o risco da morte de seus filhos está sempre presente.

Considerando o contato com a mãe um fator determinante na evolução do quadro clínico do bebê, defendo a hipótese de que o simples ato de acompanhá-la – esclarecendo suas dúvidas e amparando-a em suas aflições – constitui uma medida de intervenção precoce relevante por facilitar sua proximidade com o bebê, favorecendo assim a construção do processo de parentalidade.

## CAPÍTULO 1. REFERÊNCIAS TEÓRICAS

### 1.1. Gestação, representações e identidades

A partir da fecundação, todo o aparato fisiológico do corpo da mulher responsável por gestar um bebê é acionado, dando mostras de sua potência e valor na tarefa de fazer crescer e vingar uma nova vida. Numa trama complexa, este processo é sentido pela gestante como possibilidade de avaliar sua potencialidade como pessoa, como mulher e como mãe.

Visando a um bom entendimento desta dinâmica, é preciso lembrar que o campo social oferece modelos diversos ao indivíduo, para que ele circule em sociedade sem estar preso a um único modelo de identificação. Neste contexto, nossa identidade é como um circuito que se refaz a todo o instante. Durante a gestação, há um alargamento dos aspectos relacionados à identidade da mulher. Neste momento crucial de reestruturação, as alterações emocionais se somam às corporais, agregando novos significados à identidade da futura mãe.

Os nove meses de gravidez preparam o corpo da gestante no sentido de sintonizá-lo com as necessidades do bebê. Ao mesmo tempo, o psiquismo da gestante também se prepara para receber seu filho, o que a psicanálise nos ajuda a compreender – posto que, do ponto de vista psicanalítico, há uma relação direta entre o psiquismo e as alterações somáticas. Mais do que isso: a psicanálise nos obriga a conceber um corpo que não dissocia aspectos da psique, assim como um psiquismo que não tem existência sem o corpo biológico.

À luz do conceito de *transparência psíquica*, introduzido pela psicanalista Monique Bydlowski, a gravidez é considerada como a ocasião de uma crise psíquica onde um novo campo se abre, um espaço particularmente permeável às representações inconscientes. (BYDLOWSKI, 2002.) A criança, a partir da gestação, ocupa um espaço dentro do corpo da mãe e um espaço em seus pensamentos. Pelo fato dela não existir externamente, só pode ser representada

pela mãe se esta utilizar recursos do seu passado. Desta maneira, o bebê começa a ganhar representação a partir dos registros conscientes e inconscientes maternos. A gestação ganha, então, os contornos de um estado relacional específico, onde a vida infantil da mãe se vê atualizada, o que resulta de um afrouxamento de suas defesas, fazendo com que ela transite do bebê que foi à mãe que será. Como se estivesse “plugada” em diversas sintonias, a gestante oscila entre momentos em que, num movimento regressivo, está ligada ao bebê, e em outros, ligada progressivamente à sua mãe. Em sua fantasia, a situação se passa como se ela pudesse se utilizar destes diferentes personagens, manifestando seus aspectos de maneira complexa e particular em cada gestação.

Como consequência, a mulher no período gestacional e no pós-parto está apta a se sentir identificada tanto com seu bebê quanto com sua própria mãe, atuando na direção do atendimento ao recém-nascido.

Paralelamente, a gravidez impõe à gestante uma série de lutos a serem significados. A crise vivida neste período guarda semelhanças com a chamada crise da adolescência, onde as modificações do corpo se operam causando uma desorganização da imagem corporal e da identidade.

“Assim como a adolescência, a gestação é um período de muitos conflitos, uma crise maturativa. Enquanto, na adolescência, a questão é a de renunciar à infância para se aproximar da vida adulta, durante a primeira situação de maternidade, a primeira gestação, a questão é de mudar de geração, de maneira flagrante e irreversível.” (BYDLOWSKI, Op. cit., p. 205.)

Desta forma, mata-se uma menina e mata-se uma mãe, para que nasça uma outra mãe. Este luto se faz necessário na medida em que, para possibilitar o nascimento de um bebê, deve haver o *nascimento dos pais*. Os pais destes pais, por sua vez, passam a ocupar o lugar de avós, e assim por diante – a dança geracional remonta o seu balé infundável.

Estas formulações facilitam o entendimento de que a gestação promove uma crise de identidade, onde os registros infantis e adultos da mãe estão a serviço do contato e do estabelecimento de uma qualidade de relação entre a mãe e o bebê, atuando também na direção de uma nova organização das identidades e dos papéis sociais na família.

As transformações no psiquismo materno têm influência sobre o tipo de laço a ser construído no tocante à díade mãe-bebê. Num primeiro momento, o bebê que se revela através do contato com a mãe é o bebê de sua imaginação. Este *bebê imaginário*, porém, consiste em apenas um dos cinco tipos de representação materna em relação ao seu filho, segundo Lebovici. Os outros quatro podem ser chamados de o *bebê fantasmático*, o *bebê narcísico*, o *bebê cultural* e o *bebê real*. (LEBOVICI apud SOLIS-PONTON, 2004.)

O *bebê imaginário* é oriundo das fantasias produzidas num nível consciente e pré-consciente da mãe, e do seu desejo de criança. Já o *bebê fantasmático* surge da experiência edípica materna: é a parte que dialoga com a trama inconsciente vivida pela mãe no atravessamento do Édipo. O *bebê narcísico*, por sua vez, é aquele que vem responder ao narcisismo materno. O *bebê cultural* emerge do cenário cultural no qual a mãe está inserida e, por fim, o *bebê real* pode ser descrito como o bebê em sua corporeidade.

A referência a estas diversas representações possíveis esclarece que não existe um bebê único no psiquismo materno: ele consiste, antes, numa mistura desses variados aspectos, que tendem a se confrontar a todo tempo, determinando o tipo de interação entre a mãe e seu filho.

Diferentemente dos outros bebês, o *bebê real* nasce no pós-parto, conjugando as outras múltiplas representações anteriores, em busca de nova organização. É a partir deste movimento que o bebê ganha um lugar e um papel dentro da família, inaugurando um trajeto rico de desejos e escolhas – muitos dos quais, já existentes antes mesmo de sua concepção, podem acompanhá-lo por toda a vida.

## 1.2. O Ambiente e a construção da parentalidade

No processo de construção da parentalidade, todo nascimento é seguido pelo luto inevitável do bebê imaginado. Toda mãe, desejante ou não de seu bebê, produz fantasias a respeito do que será seu filho, mas invariavelmente a fantasia se contrapõe à realidade – tal como o relato de um filme nos incita a imaginá-lo, embora saibamos que, por mais fiel que seja o relato, nossa imaginação sempre se mantém distante, em algum nível, do que realmente se passa na tela.

É sabido que o parentesco consiste num fenômeno natural assentado e determinado pela biologia. A parentalidade, porém, é um constructo com características paradoxais, erguido no seio do aparelho intrapsíquico a partir de elementos da intersubjetividade e da transmissão intergeracional. Após o nascimento e fora do útero, o bebê da imaginação vai sendo modificado pelo bebê da realidade: como num acerto de contas, ele vai ganhando novos atributos, assim como abandonando outras características.

Quando a realidade do pós-parto é marcadamente inoportuna, o luto das idealizações maternas tende a ser ainda maior, visto que se verifica aumentada a distância entre o bebê dos sonhos e o bebê real.

Assim, a criança que é encaminhada para a UTI neonatal provoca um desmonte no seio da família, não apenas em virtude desse distanciamento entre o bebê sonhado e o bebê real, mas também em virtude do risco de morte que ronda o bebê.

O ambiente da UTI neonatal promove sensações adversas. Os pais experimentam o sentimento de incompetência como genitores, uma vez que seu bebê necessita de cuidados especiais para sobreviver. Os conflitos existentes a respeito de assumir a paternidade ou a maternidade podem se exacerbar e, conseqüentemente, constituir obstáculos à proximidade com o bebê. Ademais, esta proximidade, quando há, só é possível nas relações mediadas pelo avanço tecnológico e pela urgência. Sobre este assunto, as pesquisadoras Nina Braga e Denise Morsch apontam para a possibilidade da suposta incompetência dos pais,

somada à fragilidade do bebê, dificultar inicialmente o encontro afetivo entre pais e filhos, numa unidade de tratamento intensivo. (BRAGA & MORSCH, Op. cit.)

Este encontro, porém, é de fundamental importância, pois é com a ajuda da mãe, ou de alguém que possa dedicar-se a cuidá-lo, que o bebê vai adquirindo capacidade de se diferenciar e de se perceber em sua existência. (Winnicott, 1990) Ao ambiente, inicialmente espaço conferido à mãe, cabe o acolhimento e o cuidado, gerando segurança para o bebê no tocante à vida e ao viver. A mãe (ou seu substituto) deverá ser capaz de receber, acomodar e significar, por meio de seus cuidados e de sua atenção, as angústias sentidas pelo bebê, garantindo sua continuidade de existência e possibilidade de crescimento. Neste estágio, entretanto, uma falha do ambiente não é sentida como falha da mãe: o bebê experimenta a negativa do ambiente como um despedaçamento, um esfacelamento. O despreparo do bebê – ou melhor, sua imaturidade – faz com que os movimentos ou oscilações do ambiente sejam vivenciados por ele como cortes ou lapsos no continuar a ser, uma interrupção em sua linha de vida.

Portanto, para Winnicott, é preciso que a mãe, numa atitude generosa, esteja disponível ao seu bebê, a fim de promover nele um sentimento de continuidade. Tal disponibilidade é chamada pelo psicanalista inglês de *preocupação materna primária* – uma certa posição regredida de insensatez passageira, que consiste em um adoecimento estruturante, na medida em que estabelece uma adaptação quase perfeita entre mãe e bebê. A mãe devotada comum descentraliza dela mesma seu foco de atenção, deslocando seu eixo para o bebê, transformado no receptor de seu acolhimento e sua dedicação. Tomada de uma sensibilidade diferenciada, a *mãe suficientemente boa* oferece ao bebê, assim, um fio condutor pelo qual responderá às suas demandas psíquicas. (WINNICOTT, 1958.)

“A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de *preocupação materna primária* fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se,

e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida.” (WINNICOTT, 1958, p. 403.)

Neste ponto, o bebê é *tudo* para sua mãe, o que servirá de base para a formação de seu narcisismo. Ele precisa experimentar a potência de criação, num deleite onipotente, acreditando ser capaz de criar condições para permanecer vivo. Quando ainda muito imaturo, é em si mesmo que o bebê poderá confiar. A mãe que lhe oferece o *holding*, e que cria a ilusão de que o bebê é quem detém o poder da continuidade, favorece o estabelecimento desta confiança nele mesmo, tecida ao longo do desenvolvimento do psiquismo infantil.

Sobre este tema, Myriam Szejer acrescenta que a preservação das relações precoces mãe-filho permite que a criança encontre, após o nascimento, as percepções pré-natais que já conhece, e portanto se desenvolva em maior segurança. (SZEJER, 1999, p. 38.)

### **1.3. A relevância do toque e da dimensão corporal**

Nessas importantes relações precoces, verifica-se que um campo fértil se instaura no contato dos corpos, intimamente ligados através de um estado de sensibilidade exacerbado tanto no filho quanto na mãe – decorrente, no primeiro caso, da precariedade do aparelho psíquico do bebê e, no segundo caso, do adoecimento materno estruturante.<sup>2</sup> Nesta direção, Françoise Dolto defende a idéia de que o bebê seja exposto ao mesmo cuidador durante o primeiro ano de vida, como condição psíquica e social determinante ao equilíbrio da criança no futuro. (DOLTO, 1999, p. 70.)

---

<sup>2</sup> Convém sublinhar que Winnicott (1958) se refere à mãe suficientemente boa como aquela à qual poderia ser atribuído um estado de adoecimento, se não fossem considerados os impactos peculiares da gestação e do pós-parto.



Seja personificado pela progenitora ou por outro cuidador que a substitua, o ambiente é um dos responsáveis pelo desenvolvimento emocional do bebê, que passa gradativamente a reconhecer o outro como um ser diferente dele, diferenciando-se ele mesmo como um sujeito integrado. É neste sentido que confiar no ambiente garante a confiança em si mesmo e a possibilidade de habitar seu corpo gozando de intimidade e conforto, reconhecendo-o como seu. (FIGUEIREDO, 2007.)

Sabemos que o início da vida é marcado pela angústia do nascimento. Desligado do corpo da mãe, o bebê é invadido por uma condição descontrolada, sem sentido e sem contornos, o que é experimentado como um excesso. Com o aparelho psíquico imaturo, incapaz de reconhecer e lidar com a realidade externa, o recém-nascido funciona como um receptáculo de estímulos e sensações que não são "metabolizadas" como no adulto. Trata-se de um momento único e de necessidade vital, uma reviravolta em que órgãos modificam seu funcionamento, conferindo ao recém-nascido uma sensibilidade cinestésica aumentada. Esta sensibilidade, posteriormente, diminui, dando espaço às possibilidades de compreensão da linguagem verbal.

Daí se deduz a importância do toque na estruturação do psiquismo e na erogenização do corpo do bebê, conforme Freud ratifica:

"O ego é antes de tudo um ego corporal. (...) O ego deriva em última instância das *sensações corporais*, principalmente daquelas que têm sua fonte na superfície do corpo e, além disso, (...) ele representa a superfície do aparelho mental. (...) O próprio corpo, e antes de tudo sua superfície, é um lugar do qual podem resultar *simultaneamente percepções externas e internas*. É visto como objeto estranho, mas ao mesmo tempo, ele permite ao tato sensações de dois tipos, podendo ser uma delas assimilada a uma percepção interna." (FREUD, 1923, p. 238.)

Nesta contribuição de Freud, nota-se a idéia de que o toque conduz o bebê à percepção do que vem de fora e do que vem de dentro, instituindo, a partir da

pele e do encontro com aquele que toca e cuida, a única chance do nascimento de um sujeito psico-soma.

Na perspectiva freudiana, o desamparo próprio ao bebê o coloca no lugar daquele que precisa do outro para vir a ser humano. É a partir da incompletude, portanto, que somos lançados na direção de nossas representações mentais de *ordem parental*. Marcas e significados vão se tecendo entre intervalos de cuidado e de desejo de ser cuidado. Neste sentido, Freud localiza a origem dos processos de parentalidade no desamparo inerente à condição humana.

“Sua existência intra-uterina parece ser curta em comparação com a da maior parte dos animais, sendo lançado ao mundo num estado menos acabado. (...) Além disso, os perigos do mundo externo têm maior importância para ele, de modo que o valor do objeto que pode somente protegê-lo contra eles e tomar o lugar da sua antiga vida intra-uterina é enormemente aumentado. O fator biológico, então, estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que acompanhará a criança durante o resto de sua vida.” (FREUD, 1926, p. 179.)

Cabe lembrar, aqui, que, segundo a psicanálise, o corpo é entendido como um corpo sexual, erotizado. Para além do corpo biológico, o corpo do bebê é introduzido na cultura pelo investimento libidinal promovido por um outro, que cuida dele e reconhece sua incompletude e seu desamparo. A este respeito, Liana Bastos acrescenta:

“A constituição da estrutura do eu, estrutura narcísica necessária, se faz sustentada no investimento libidinal parental a partir de um jogo especular com a imagem. O bebê se reconhece como eu na imagem especular de um corpo unificado, sustentado pelo olhar materno.” (BASTOS, 2001, p. 808.)

Diante das articulações teóricas iniciais, torna-se pertinente uma indagação sobre a importância do acolhimento à mãe nas circunstâncias da internação do

bebê numa UTI neonatal, o que introduz elementos imprevistos na interação entre eles. Esta indagação orientou a pesquisa de campo que pretendo apresentar aqui, cujos detalhes serão descritos a seguir.

## CAPÍTULO 2. A PESQUISA DE CAMPO

### 2.1. Metodologia

Com o intuito de investigar, na prática, como se dá a primeira visita da mãe de bebê internado em uma UTI neonatal, foi realizada uma pesquisa de campo, exploratória e de natureza qualitativa, apoiada num roteiro composto por seis perguntas, que podem ser vistas no anexo, que serviu como base para uma entrevista semi-estruturada. Os sujeitos entrevistados foram dez mães cujos bebês se encontravam, na ocasião, internados na UTI neonatal da Maternidade Escola da UFRJ. As entrevistas foram realizadas individualmente, todas pela autora, e ocorreram nas dependências da maternidade. Em seguida, os dados obtidos foram analisados a partir do referencial psicanalítico.

A pesquisa de campo foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2008, tendo sido aprovada pelo comitê de ética da maternidade em novembro de 2008.

Ao início de cada contato, as mães foram informadas sobre a natureza da pesquisa e consultadas quanto a sua participação. Todas assinaram, portanto, o termo de consentimento livre e esclarecido, reproduzido em anexo à presente monografia.

### 2.2. Análise dos resultados

Para fins de análise, os dados colhidos na pesquisa de campo foram organizados em três categorias analíticas. São elas: 1. ***Atravessando a porta***, 2. ***Onde está o bebê?*** e 3. ***Explorando a incubadora***. As categorias foram criadas e nomeadas a partir das semelhanças encontradas nas falas dos sujeitos entrevistados, contemplando aspectos relevantes da primeira visita das mães à

UTI neonatal. Alguns elementos individuais também foram abordados, de acordo com sua relevância.

No primeiro grupo, ***Atravessando a porta***, a questão que se coloca é quanto ao acolhimento recebido pela mãe no momento em que se lança em direção ao encontro com o bebê.

A este respeito, constatou-se que nenhuma das dez mães foi acompanhada por um profissional de saúde da Maternidade Escola nesse trajeto: cada uma delas saiu do leito e se dirigiu à UTI neonatal, orientada tão somente pelo desejo de conhecer seu filho. Denise é uma delas:

DENISE: "Eu estava na 400 e perguntei a que horas eu poderia ver o meu filho. Eu é que perguntei e me responderam que eu poderia ver a hora que eu quisesse. Aí, perguntei onde era e me informaram."

Convém observar que a UTI neonatal raramente é visitada pelas mães antes do parto, uma vez que, no imaginário materno, não se estabelece qualquer relação entre um parto e uma unidade de tratamento intensivo. Como salienta Maria Elisabeth Moreira, alguns pais sequer conhecem a existência de uma unidade de terapia intensiva e, muito menos, suas especificidades. (MOREIRA, 2003.) Sobre este assunto, são emblemáticos os depoimentos de duas mães entrevistadas:

FLÁVIA: "Quando a gente chega lá, a idéia que se tem é a de que se está nas últimas. Sabe como é, só o nome UTI já assusta a qualquer um, é lugar onde tem gente morrendo, lugar de moribundo."

IZABEL: "A gente não imagina isso nem para um inimigo. Você quer seu bebê em casa e quando vê, não dá. O lugar é estranho, não é a nossa casa. Encontrei uma moça na porta e ela me deu um jaleco. Não lavei as mãos porque eu não sabia."

Ao contrário de Izabel, quase todas as outras mães, em seus relatos, fazem referência a um profissional da UTI que, antes ou imediatamente após sua entrada, se pronuncia apresentando a exigência da higienização das mãos. O profissional que recorrentemente aparece e estabelece uma comunicação com a mãe é reconhecido por elas como profissional da equipe de enfermagem – o qual, após a limpeza das mãos, as deixa entrar na UTI sozinhas, como se lavasse suas próprias mãos diante da possibilidade de maiores contatos com a mãe.

JOANA: “Eu cheguei sozinha e tinha uma moça na porta, e ela me mandou tirar meus anéis e lavar as mãos, vestir um roupão e entrar.”

BETINA: “Eu entrei e aí tem um corredorzinho. Uma enfermeira que estava na porta me disse para lavar as mãos. É um lugar diferente...”

CRISTINA: “Meu filho nasceu de noite e eu não passei bem. Quando acordei, eu queria ver o bebê, mas não me deixaram e me disseram que era de madrugada e que naquela hora eu não podia ir. Pela manhã, desci sozinha e fui entrando no lugar que disseram que era a UTI. Uma enfermeira me viu entrar e saiu para me ensinar a lavar a mão e a colocar o roupão.”

O modo como as mães são tratadas pelo profissional de saúde que trabalha numa UTI neonatal parece estar condicionado pelo fato deste profissional não estar comprometido com uma exigência de acolhimento às mães, devido a uma espécie de “territorialização dos serviços”. Explico-me: Na Maternidade Escola, as puérperas permanecem nas enfermarias sob a responsabilidade de uma equipe médica. Já a equipe responsável pelo bebê, nos casos abordados pela pesquisa, faz parte da unidade de tratamento intensivo. Desta forma, quando a mãe se levanta do leito, atravessa a enfermaria, ganha o corredor e aperta a botoneira do elevador, entrando em seguida no corredor que dá acesso à UTI, ela deixa de ser a paciente e entra num terreno onde o paciente é o bebê. Neste território, no qual ela é “estrangeira”, a mãe pode receber certo acolhimento

somente se, por sorte, encontrar algum profissional mais afinado à necessidade de conectá-la ao seu bebê – em geral, porque trabalha no projeto Mãe Canguru<sup>3</sup>, no banco de leite ou na equipe de psicologia ou de serviço social da maternidade.

Neste ponto, chama a atenção uma precariedade ou mesmo uma ausência de comunicação entre as diferentes áreas em jogo, o que se justifica por um modelo de saúde voltado para um corpo biológico e não para um corpo complexo, onde as questões emocionais não se dissociam das biológicas, mas, ao contrário, associam-se a elas. Se, por um lado, os neonatologistas e a equipe da UTI estariam muito atentos à saúde física do bebê, por outro lado, os obstetras e as equipes de enfermagem estariam ligados, e não menos atentos, à condição física da mulher no pós-parto. No entanto, ambos os grupos parecem pouco conectados com a vida subjetiva, que se desenvolve num caminhar contínuo, nem sempre constante, erguido para além da saúde física de seus pacientes. Ambos parecem, assim, desconhecer a importância subjetiva da relação mãe-bebê na constituição do psiquismo do recém-nascido e na construção do processo de parentalidade.

Como não há bebê sem sua mãe, quais medidas poderiam diminuir a separação recém inaugurada pelo parto e estabelecer um campo de continuidade para ambos? Enquanto profissionais de saúde, devemos reconhecer os processos de interação mãe-bebê como uma experiência de mutualidade. A mãe que cuida é gratificada quando percebe sinais do seu bebê que lhe asseguram a construção de sua identidade materna.

Ao lado do acento no corpo reduzido ao seu caráter biológico, a formação do profissional das áreas biomédicas os prepara para enfrentar situações delicadas que exigem um alto rigor técnico. Especificamente no caso dos profissionais citados, é preciso considerar, ainda, outros fatores, que englobam o estresse pela gravidade das situações enfrentadas no cotidiano de seu setor. Tendo em vista essas dificuldades, a valorização de uma dinâmica interdisciplinar pressupõe um olhar reflexivo, capaz de reformulações constantes, que

---

<sup>3</sup> O projeto Mãe Canguru tem como objetivo proporcionar um contato mais próximo entre a mãe e o bebê com baixo peso, durante o período de internação, podendo ser estendido, se necessário for.

necessariamente advêm de um trabalho de sensibilização e de desenvolvimento dos diferentes profissionais envolvidos, onde as trocas possam ser freqüentes numa atitude de escuta e de abertura para o diálogo.

No segundo grupo de análise, intitulado ***Onde está o bebê?***, nota-se o impacto emocional sofrido pelas mães devido ao encontro com seus bebês e ao tipo de acolhimento oferecido pela equipe de profissionais da unidade.

A angústia é percebida no discurso das dez mães entrevistadas. Medo, estranheza e incerteza são elementos recorrentes, ao lado da preocupação com o futuro e a saúde do bebê.

JOANA: "É horrível... dá uma dor no peito uma vontade de chorar, uma tristeza."

CRISTINA: "Tive vontade de arrancar tudo aquilo que estava com ele e sair correndo com ele no colo."

Joana e Cristina nos mostram como determinadas situações podem gerar um nível de angústia insuportável, comprometendo a relação da mãe para com seu bebê. Podemos supor que, no caso de Cristina, sua vontade de negar o tratamento intensivo e fugir com seu bebê expresse, sobretudo, uma necessidade de comprovar sua capacidade de maternagem, ameaçada pela visão de seu filho na UTI, sob os cuidados de outros, autorizados a exercê-los no seu lugar.

Cabe recordar que, sob uma perspectiva freudiana, o aparelho psíquico esboça diferentes reações em conformidade com as cargas de energia ou excitação ao qual é submetido. Por conseguinte, grandes cargas de excitação são experimentadas como um significativo desconforto, proveniente de um excesso impossível de ser decodificado, que permanece sem sentido. (FREUD, 1920.)

No caso das mães cujos bebês se encontram internados, o paradigma do bebê saudável é bruscamente rompido, o que costuma gerar grandes doses de ansiedade. Como consequência, uma nova configuração deve ser estabelecida. É



o acolhimento oferecido à mãe que permite a ela atravessar o momento vivido, suportando as angústias e criando significados para suas vivências.

Gláucia, por exemplo, relatou que todos a receberam muito bem na UTI neonatal, que foi esclarecida sobre o “tubo” e sobre os aparelhos, mas ficou muito nervosa com os olhos da filha que estavam cobertos por uma gaze, ao que ela atribuiu a possibilidade de sua filha ter uma ferida na região dos olhos. A mãe não sabia que a luz que incide permanentemente nos olhos de um recém-nascido lhe é prejudicial e, apesar de ter recebido informações importantes sobre seu bebê, alimentou uma fantasia que incrementava seu estado de angústia. É neste campo que um trabalho poderá ser feito, a ponto de permitir que a equipe esteja atenta e disposta a escutar a mãe, oferecendo um espaço acolhedor que a ajude a entender de outra forma a gaze nos olhos da filha, e a conferir um outro significado a esta visão angustiante. Caso esta intervenção ocorresse, a UTI ofereceria um *holding* à mãe, capacitando-a a se voltar para sua filha de modo mais tranqüilo e seguro.

É neste sentido que a comunicação entre a mãe e a equipe de profissionais da UTI, possibilitando o esclarecimento e apaziguamento de questões ansiogênicas, poderá favorecer a construção de um bom vínculo entre a mãe e o bebê, promovendo a saúde de ambos a um só tempo.

IZABEL: “Entrei na UTI e fui olhando para os bercinhos, cada um com o nome da mãe e eu encontrei o meu.”

Na fala de Izabel, a inscrição do nome da mãe – algo tão simples – pôde cumprir uma função de extrema importância: a de comunicar à mãe, que nem sempre reconhece visualmente o recém-nascido, qual deles é o seu filho. Em unidades de terapia intensiva, onde muitas mães não conhecem seus filhos ou ainda não tiveram tempo de guardar na memória sua fisionomia, é comum que as mães se sintam perdidas, desamparadas. Nesse turbilhão de acontecimentos, que colocam o recém-nascido no lugar de recém internado, a mãe que deseja ver seu

filho irá ao encontro daquele que ainda não sabe quem é. Identificá-lo, o que poderia ser função de quem recebe a mãe, passa a ser possível através do registro preso à incubadora.

ADRIANA: “No primeiro dia tomei banho e fui para a UTI, e fiquei rodando procurando minha filha. Resolvi perguntar para a enfermeira: ‘Gente, onde é que está a minha filha? Onde está o meu bebê?’”

JOANA: “Entrei e fui procurar qual deles era o meu.”

Em apenas dois depoimentos colhidos, relata-se que, logo após a entrada da mãe na UTI, um profissional procurou ajudá-la no reconhecimento ou identificação de seu bebê. Nestes casos, merece destaque o fato de que a aproximação da mãe ao bebê foi mediada pelo profissional, que pôde assegurar-lhe de seu papel e lugar, potencializando sua função materna.

Cristina, angustiada, queria “sair correndo” (*sic.*), mas foi tranquilizada por um enfermeiro, que lhe disse que seu bebê era um guerreiro e que dificilmente bebês tão pequenos chegam à UTI.

CRISTINA: “Depois que ele disse isso eu fiquei orgulhosa. Ele então chegou perto e disse que eu podia abrir a incubadora, mas que eu deveria ser delicada porque o meu filho é pequeno e os bebês sentem o barulho e os movimentos. Disse que ia tirar um tubo dele naquele dia. Até hoje eu não peguei no colo, tenho tirado leite e eles dão, passa por uma sonda. Esse enfermeiro foi muito legal, ele estava de plantão até hoje de manhã. Espero que volte logo.”

Através do discurso de Cristina, podemos inferir que o enfermeiro, com suas poucas e atenciosas palavras, pôde inscrever o bebê em outro lugar no imaginário da mãe. Quando o descreveu como um guerreiro, este profissional ofereceu à mãe um outro olhar sobre seu bebê, diferente daquele que ameaça o sentimento materno de competência como procriadora, abrindo brecha para o

surgimento de uma mãe orgulhosa, por dar à luz alguém que navega contra as probabilidades e se torna um sobrevivente, quando ninguém mais acreditava em sua força.

O resultado é que, a partir da intervenção do enfermeiro, o bebê é içado para fora das representações de um natimorto, fazendo com que a mãe possa investir nele, inscrevendo-o em outro feixe identitário. Na expectativa de reencontrar o profissional em seu próximo turno, Cristina manifesta o desejo de se confortar novamente da ansiedade resultante da internação do filho, dando continuidade à sua relação com aquele ser guerreiro e sobrevivente. Neste complexo de identidades e identificações, portanto, essa mãe também se coloca em outro lugar: no lugar da mãe de um guerreiro capaz de ressurgir por força de sua natureza.

De modo semelhante, algumas palavras proferidas pelos profissionais da UTI, enquanto esclarecimentos de objetos e procedimentos inerentes à unidade mas estranhos ao universo de referências da mãe, também contribuem para que ela crie novos sentidos ao período de internação do bebê.

ADRIANA: "Achei muito estranho aquele tubo no nariz dela e eu estava sozinha e com medo de perder a minha filha. Perguntei a uma enfermeira e ela me explicou, e disse que era para tomar um remédio."

Pequenos gestos como o desta enfermeira, além de oferecerem uma contenção à ansiedade suscitada pelo desconhecimento e pelo não-dito, ajudam a mãe a incluir as vivências da internação numa história do bebê e de seus familiares, conferindo sentido às imagens parentais e aos laços afetivos estabelecidos entre os sujeitos de uma mesma família.

Gláucia, outra mãe entrevistada, experimentou uma entrada na UTI diferenciada das demais. Conta que seu bebê nasceu com aproximadamente 600 gramas e 24 semanas, e que, logo que entrou na UTI, foi recebida por uma enfermeira que se prontificou a chamar a pediatra para conversar com ela. Apesar

de ter se dirigido à unidade sozinha, ela foi abordada imediatamente após a sua entrada. Diferente de todas as outras, essa mãe foi acolhida e recebeu muitos esclarecimentos sobre os equipamentos e procedimentos envolvidos na terapêutica imposta ao bebê. O que teria sido decisivo, neste caso, a ponto de tornar Gláucia uma mãe que merece uma recepção especial, ao contrário das demais? Podemos suspeitar que ela foi recebida pelo pediatra por ser o seu bebê de extrema prematuridade, provocando na equipe da UTI maiores dúvidas em relação ao futuro deste bebê do que dos demais internados. Reconhecendo a gravidade do estado do recém-nascido, a equipe se viu diante de um risco de morte particularmente eminente, o que a conduziu a tomar medidas não corriqueiras – como a convocação da pediatra. Se assim for, este contato da pediatra com a mãe atenderia antes a uma demanda da equipe, não tendo como detonador o cuidado e o reconhecimento da importância da díade mãe-bebê em si. Aqueles 600 gramas passaram a ser o troféu que a mãe carrega, merecedor da atenção de estudantes e profissionais.

Assim, torna-se claro que a conduta da unidade de tratamento intensivo exerce influência sobre o tipo de relação estabelecido entre a mãe e o bebê, determinando também os papéis reservados a cada sujeito na família. É possível pensar, a partir daí, que um bebê de 600 gramas poderá ser o bebê da potência dos médicos e do orgulho materno, e ao mesmo tempo incorporar a esperança em causas impossíveis.

No terceiro grupo, ***Explorando a incubadora***, pretendemos verificar se houve acompanhamento e/ou esclarecimento às mães quanto ao manuseio da incubadora. Este momento foi escolhido, entre tantos outros, por caracterizar de modo mais concreto o encontro entre a mãe e o seu bebê.

A incubadora é um equipamento da UTI que se coloca entre a mãe e o filho. Para que a díade mãe-bebê estabeleça um contato mais íntimo, que compreendemos como fundamental para a estruturação precoce do aparelho psíquico, este obstáculo deve ser ultrapassado. Na medida em que o toque se dá,

o bebê pode experimentar as sensações de contorno que poderão conferir certa integralidade ao seu corpo – a qual virá a se refletir, mais adiante, na integralidade do ego. No toque, o bebê começa a criar um sentido para os limites de seu corpo e do corpo de outra pessoa, o que possibilita sua tarefa de organizar-se psiquicamente.

Na UTI neonatal, entretanto, este tipo de troca nem sempre se dá de forma espontânea. Adriana, por exemplo, passou dez dias sem abrir a incubadora e sem tocar em sua filha:

ADRIANA: “Eu passei dez dias sem pegar nela porque eu pensava que aquilo era uma caixa com oxigênio e que ela poderia ficar sem ar.”

Em situação semelhante, Flavia desabafa:

FLAVIA: “Passei dois dias com medo de pegar no meu bebê e sem saber se podia.”

Amedrontadas, cada uma destas mães expressa, em sua respectiva fala, o temor de causar um mal ao recém-nascido, ignorando quais são, de fato, os riscos inerentes ao contato com ele. Um simples esclarecimento, portanto, poderia ter facilitado e aumentado esse contato. Não raro, as mães estão envolvidas com a culpa que carregam por terem seus bebês internados na UTI neonatal. Ajudá-las a superar esta culpa, apontando para a importância do toque e da manutenção do contato como possibilidade de continuação da vida, poderá ser decisivo para o fortalecimento da mãe e para a construção de um lugar para o bebê dentro do seu imaginário, menos aderido à culpa pelo adoecimento dele. (MOREIRA, Op. cit.)

Esta ajuda pode ser engendrada, justamente, pelo acolhimento à mãe do bebê internado, através do qual um profissional se oferece como suporte e companhia à mãe, permanecendo ao seu lado e garantindo a continuidade da maternagem de seu bebê. Se compreendermos a mãe num estado regredido de identificação com o bebê, podemos pensar que ela necessita se re-assegurar de

sua identidade materna, a fim de se sentir potente e criar bases de confiabilidade – caldo fértil para a estruturação do psiquismo do bebê. Diante desta mãe em preocupação materna primária, a intervenção do profissional poderá promover a aproximação entre ela e seu filho, tal como uma fagulha que anima o diálogo mãe-bebê.

Betina e Joana, ao contrário de Adriana e Flavia, receberam a informação de que poderiam abrir a incubadora ao longo de sua primeira visita à UTI neonatal. Ambas foram abordadas por um profissional do serviço e acompanhadas durante a exploração da incubadora.

BETINA: "A enfermeira disse que a gente podia abrir a incubadora para tocar nele e disse que é muito bom, que faz bem para o bebê. Estou querendo pegar nele, mas acho que ainda não posso."

JOANA: "Uma mulher chegou perto de mim e disse que eu poderia colocar a mão nele, disse para ter cuidado e me ensinou. Acho que é enfermeira."

Eliane e Isabela, por sua vez, copiaram outras mães e aprenderam a abrir a incubadora, inaugurando o toque no bebê por iniciativa própria. Denise disse ter esperado muito que alguém lhe indagasse se ela gostaria de "pegar" em seu filho, até que ela mesma resolveu perguntar. Contou que foi à UTI no dia seguinte porque ela via as outras mães "pegando", e a deixaram "pegar" também. E relatou ainda:

DENISE: "Eu perguntei também se eu podia tirar fotos. O negócio de tirar leite eu descobri sozinha e sabe, tem um papel na porta que fala sobre os irmãos e eu não sabia se eram os irmãos dele [do bebê], caso ele tenha, ou os meus irmãos. Não tem explicação."

Os comentários de Denise nos suscitam algumas reflexões. Ela afirmou que demorou "muito tempo" para tocar em seu filho – possivelmente um dia inteiro,

já que só foi “pegá-lo” no dia seguinte ao parto. O tempo de Denise, contudo, não se parece com o tempo da UTI. Sintonizada com o filho e recém separada dele, algumas horas poderão significar anos em suas vidas. Além disso, Denise clama por comunicação, reclama entendimento.

Apesar dos Protocolos Assistenciais da Maternidade Escola postularem, com justa causa e zelo, a humanização do atendimento como tarefa básica na condução de estratégias hospitalares, é fácil notar que sua descrição não estabelece o detalhamento do que significa seu texto, na prática das atitudes cotidianas, quando se lê “acompanhamento e apoio às puérperas, aos companheiros e aos familiares”. (BORNIA & AMIM Jr., 2006, p. 146.)

É preciso discutir, treinar e sensibilizar a equipe assistente, para que o profissional possa se aproximar das questões humanas do atendimento ao recém-nato e seus familiares, criando alternativas defensivas satisfatórias à manutenção de sua conduta de atendimento – protegendo-o, assim, da invasão de sentimentos e emoções desorganizadoras, capazes de prejudicar sua atuação.

O intuito de reconhecer o doente como pessoa e sujeito inclui o reconhecimento dos profissionais como pessoas e sujeitos, num ambiente de reciprocidade onde a responsabilidade e a humanização norteiam as ações implementadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se é a partir da relação com a mãe (ou seu substituto) que o ser humano se desenvolve, sem o outro não existe sujeito. Logo, torna-se determinante a atuação do profissional de saúde na promoção do contato e envolvimento do recém-nascido com sua mãe, ajudando, assim, a mulher e o bebê a sintonizarem a *mãe* em seus universos. Em outras palavras, o ato de atender a mãe em suas demandas poderá favorecer de modo significativo o investimento dela na direção do bebê e, no mesmo sentido, favorecer que o bebê avance na direção do reconhecimento de que o outro é outro, diferente dele.

Oferecer um ambiente adequado ao restabelecimento do bebê, cuidando de sua mãe, depende de uma modificação das condutas de atendimento instituídas, bem como do treinamento da equipe, tornando-a mais atenta às questões afetivas relacionadas ao nascimento e ao adoecimento do bebê. Desta forma, pretende-se resgatar e potencializar a comunicação entre equipe e familiares, onde, inseridos num clima de mutualidade, todos consigam tecer uma história de respeito, eficiência e solidariedade.

“A questão que se coloca em relação à participação dos pais diz respeito a um *trabalho conjunto entre bebês, progenitores e equipe*. Esse trabalho é responsável pela construção do bebê do ponto de vista psíquico e biológico, isto é, pela sua vontade de batalhar pela vida e de ser feliz... Muito há a fazer pelos pais na UTI, *para que possam construir pontes entre os aspectos físicos e os aspectos psíquicos do recém-nascido*. Não se pode esquecer que quem se encontra ali na frente é o filho para o qual escolheram um nome e para quem possuem projetos futuros. E, ao resgatarem seus sonhos, estarão resgatando sua própria competência, apercebendo-se de sua capacidade de exercer um cuidado especial e único, diferente do oferecido pela equipe.” (BRAGA & MORSCH, Op. cit., p. 59-60.)



É evidente que, em situações que oferecem risco à vida de um recém-nascido, não devemos abrir mão do avanço tecnológico, nem mesmo desejar o que poderia parecer um retrocesso. Mas devemos, também, saber cuidar *criando espaço* para a escuta e para as questões afetivas que o viver e o sofrimento nos apresentam. Uma equipe sensível aos aspectos emocionais da mãe proporciona melhores condições de atendimento, dedicando atenção às subjetividades e aumentando as chances da díade mãe-bebê constituir uma relação favorável ao desenvolvimento da criança e à saúde da mulher.

A intenção de humanizar o serviço implica, portanto, em receber a mãe na UTI neonatal e reconhecer a delicada e complexa tarefa que com ela se apresenta, justificando um cuidado especial principalmente na ocasião da sua primeira visita à unidade.

Não desejando desconsiderar o imenso e frutífero âmbito dos equipamentos e da tecnologia que os sustenta, minha proposta é a de que o reconhecimento e acolhimento das angústias maternas sejam incluídos no hall de condutas a serem desenvolvidas pela unidade de tratamento intensivo – o que contribui, ainda, para a diminuição do tempo e do custo de internação dos bebês.

“Se, no adoecer, o determinismo e as contingências do tipo de ação demandado e da subjetividade fossem considerados, a cena assistencial médica se faria mais eficaz. O que quero destacar é que o modelo da medicina ocidental contemporânea advém de um modo de se pensar o mundo, em geral, e a ciência, em particular, que os desvincula de seus contextos histórico-sociais e desconsidera a psique humana.” (BASTOS, 2006, p. 30.)

A aceitação do pensamento de que o ser humano e os fenômenos que os cercam estão submetidos à complexidade, onde tudo tem relação com tudo (MORIN, 1997), nos desloca de um modelo racionalista de pensar o homem, para a evidência da subjetividade, onde cada um é único e complexo.

Reconhecer no profissional que trabalha na UTI neonatal um sujeito encorpado significa considerar que ele experimenta diferentes sentimentos e

sensações em relação a cada bebê e sua família, e que, além da clientela, está em jogo a dinâmica entre os vários colegas e sua disposição hierárquica dentro do serviço.

Um treinamento realizado por profissional da área de psicologia, que promova mudanças no entendimento das questões emocionais presentes numa *unidade de tratamento intensivo*, será apropriado para criar um ambiente humanizado onde se reconheçam as dificuldades experimentadas pelos profissionais que ali atuam e as dificuldades da família, otimizando as trocas efetivas entre as equipes de trabalho, nos diferentes serviços da maternidade.

Não se trata, aqui, de uma proposta de inversão nos cuidados dedicados ao bebê internado numa UTI, mas, antes, de um alargamento do campo do trabalho empreendido neste ambiente tão específico.

## BIBLIOGRAFIA

BASTOS, Liana Albernaz de Melo. **Corpo e subjetividade na medicina: Impasses e paradoxos**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

\_\_\_\_\_. A identidade masculina e a identidade feminina: O casal hoje dos raios X ao casal X. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 35, n. 3, 2001. pp. 805-821.

BORNIA, Rita; AMIM Jr., Joffre. **Protocolos Assistenciais da Maternidade Escola**. Análises clínicas; Anatomia patológica; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Musicoterapia; Nutrição; Psicologia; Serviço social. Maternidade Escola / Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, Maria Elizabeth Lopes. (Org.) **Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

BYDLOWSKI, Monique. O olhar interior da mulher grávida: Transparência psíquica e representação do objeto interno. In: Corrêa Filho, Laurista et al. (Org.) **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos**. Brasília: LGE, 2002.

DOLTO, Françoise. **As etapas decisivas da infância**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Confiança: A experiência de confiar na clínica psicanalítica e no plano da cultura. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 41, n. 3, 2007.

FREUD, Sigmund. Além do princípio de prazer (1920). **ESB**. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

\_\_\_\_\_. O ego e o id (1923). **ESB**. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

\_\_\_\_\_. Inibição, sintoma e ansiedade (1926). **ESB**. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes. (Org.) **Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

MORIN, Edgar. **Meus demônios**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

SOLIS-PONTON, Leticia. **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SZEJER, Myriam. **Palavra para nascer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

WINNICOTT, Donald Woods. **Da Pediatria à psicanálise** (1958) Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. **Natureza humana** (1990). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

## ANEXOS

### Questionário de base para as entrevistas

1. Como foi a primeira vez em que você entrou na UTI neonatal, onde estava o seu filho?
2. O que você sentiu quando entrou na UTI e viu seu bebê?
3. Quem estava com você?
4. Quem ensinou você a abrir a incubadora?
5. Como foi o dia em que você pôde colocar seu filho no colo?
6. Quem estava com você neste dia?

## **Termo de consentimento livre e esclarecido**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **Uma mãe na UTI neonatal: Em defesa da primeira visita em companhia do profissional de saúde**.

A pesquisa será realizada na Maternidade Escola da UFRJ.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são conhecer qual a percepção da mãe, que tem o bebê internado em UTI, a respeito do acolhimento oferecido pelo profissional de saúde na ocasião de sua primeira visita; e, a partir do depoimento, conhecer as condições em que se deu sua primeira visita à UTI neonatal.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em oferecer um depoimento sobre como se deu sua primeira visita à UTI, sua percepção sobre acolhimento, sensações e sentimentos a respeito do ambiente e da equipe de cuidadores.

Informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Haydée Côrtes de Barros Silveira Piña Rodrigues – **Pesquisadora responsável**  
Psicóloga – CRP 05/14482  
Tel: (21) 9988-3883

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

**Sujeito da pesquisa:**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

