

Cuidando dos cuidadores em um serviço de neonatologia: quem cuida de quem cuida?

Ângela Fleck Wirth

Resumo: O presente artigo é fruto do trabalho desenvolvido no acompanhamento da equipe da unidade de terapia intensiva neonatal (UTI) do Hospital São Rafael, em Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul, com base na compreensão psicanalítica e aplicação dos princípios técnicos do método de observação da relação mãe-bebê. A tríade bebês, pais e equipe é discutida, salientando-se a importância de estabelecer um espaço de reflexão no qual as diferentes formas de ver a situação possam convergir para a criação de novo sentido que ordene e transforme a visão desses atores, proporcionando o entendimento e melhoria das relações. As observações são exemplificadas por nhetas de material clínico.

Palavras-chave: Cuidados. Mortalidade neonatal. Reflexão. Relação mãe-bebê.



Ângela Fleck Wirth
Psiquiatra, psicanalista,
associada da Sociedade
Psicanalítica de Porto Alegre
(SPPA)

O trabalho desenvolvido pela autora no acompanhamento da equipe da UTI neonatal do Hospital São Rafael decorre, em grande parte, da compreensão psicanalítica e aplicação dos princípios técnicos do método de observação da relação mãe-bebê (ORMB), desenvolvido por Esther Bick¹.

Seus princípios básicos são abstrair-se de criticar, julgar ou encaixar os fenômenos observados em alguma teoria – atributos essenciais aos profissionais da área de saúde mental que desejam desenvolver trabalho preventivo em UTI neonatal. O método consiste em observar um bebê em seu meio familiar, sua relação com a mãe e demais cuidadores, desde o nascimento até o segundo ano de vida. O observador escolhe uma família, explicando-lhe que observará o desenvolvimento da criança. No primeiro ano, as visitas são semanais; no segundo, quinzenais. Após a visita, o observador faz minucioso relato, a ser lido e discutido em um grupo de supervisão semanal, coordenado por um supervisor psicanalista, com experiência no método.

Em decorrência do conhecimento acumulado sobre as capacidades do bebê dentro do útero e as do recém-nascido, atual-

mente sabemos que, além dos cuidados com a parte física do bebê, temos que também pensar em sua estrutura psíquica. A bibliografia é extensa no que diz respeito à importância do vínculo mãe-bebê na estruturação do psiquismo; ao cuidado com os pais, para que possam assistir o bebê; e às repercussões do estresse do meio sobre as funções vitais da criança.

Entretanto, um ângulo pouco abordado em relação ao assunto diz respeito às condições laborais das equipes que trabalham com recém-nascidos doentes ou prematuros. O impacto do sofrimento dos bebês e suas famílias sobre esses profissionais é aspecto sobre o qual a bibliografia ainda é escassa. O comumente observado é o fato de a equipe cuidadora encontrar-se desprotegida, vulnerável, tendo de dar conta de uma avalanche de sentimentos e funções considerados, *a priori*, “normais”, pois fazem parte do trabalho.

A situação traumática vivenciada pelo bebê, seus pais e equipe torna difícil pensar e ver o todo, pois cada um dos atores percebe os fatos de maneira diferente, com base na condição pessoal e função. Apesar dessas diferenças, os profissionais das UTI neonatal sofrem, junto com as famílias de seus pacientes, uma sobrecarga psicossomática como consequência de ver um bebê ou prematuro em tal situação. O que nos remete ao foco deste artigo, cujo objetivo é refletir sobre quem cuida de quem cuida.

A seguir, são relatadas algumas situações percebidas pela autora, que durante oito anos, num processo lento e contínuo, vem participando

das reuniões clínicas com a equipe de profissionais da UTI do Hospital São Rafael, acompanhando pais e bebês ali internados².

Um pouco da história

Após, pela observação da relação mãe-bebê, acompanhar bebês saudáveis decidi também acompanhar prematuros, propondo um projeto elaborado a partir do trabalho desenvolvido por Catherine Druon³ no Centre de Médecine Néonatale de Port Royal, em Paris. Inicialmente, foram incluídos no projeto os prematuros com menos de 1.500g ao nascer, haja vista permanecerem mais tempo no hospital. A proposta coadunava-se à filosofia da equipe da unidade, que destacava a importância do vínculo entre os pais e o bebê, sendo estimulada a presença dos mesmos junto aos filhos. Da mesma forma, as consequências do estresse sobre as condições físicas dos bebês eram consideradas, bem como observados vários cuidados na rotina com os mesmos.

Ao lado dos cuidados necessários para dar suporte à vida, o ponto mais complexo no trabalho com recém-nascidos doentes ou prematuros – a meu ver, na época – era poder restabelecer o vínculo entre a mãe e o bebê e estabelecer um elo entre os pais e a equipe. Por isso, o projeto objetivava sensibilizar a equipe para os aspectos inconscientes envolvidos na tríplice interação pais-equipe-bebê, e ajudá-la na compreensão dos mesmos.

A equipe realizava reuniões clínicas semanais, coordenadas por um consultor, das quais passei a participar. De acordo com o interesse do

grupo, um material teórico complementava as discussões sobre as situações clínicas. Os assuntos que solicitavam minha contribuição relacionavam-se às reações dos pais e à forma da equipe atuar quanto a questões de morte, morte anunciada, malformação e agravamento do quadro clínico.

Após, aproximadamente, um ano do início do projeto, organizamos um grupo de pais-bebês prematuros – integrado por pais de bebês egressos da unidade e pais de bebês internados, além de uma enfermeira da unidade. Atualmente, a participação dos pais estende-se a todos os que desejarem, independente do motivo da hospitalização. Como decorrência das atividades do grupo, realizamos desde o ano 2000 – no final de novembro – uma festa de confraternização entre pais, bebês e equipe.

A UTI neonatal

Um dos eventos mais poderosos na vida humana, o nascimento, de uma forma ou outra nos remete às vivências infantis. O nascimento em si, a ameaça de morte e a tarefa de cuidar um bebê de alto risco trazem à memória de quem cuida suas próprias situações internas primitivas e as emoções a elas interligadas. Todos fomos bebê um dia e sabemos profundamente suas necessidades. Precisam de *handling* e *holding*, necessitam ser tocados no dia-a-dia pela mãe, cujo manuseio assegura os cuidados físicos a seu filho, de modo a que ele aprenda a conhecer o seu corpo. Necessitam também ser sustentados por um processo pelo qual a capacidade de identificação da mãe com o filho fornece-lhe sustentação física adaptada, sobre-

tudo quando ainda fisiologicamente vulnerável. Num bebê sadio, isso é feito pela mãe e/ou pai. Na unidade neonatal, assumido pela equipe.

Os fenômenos do nascimento e morte estão culturalmente associados desde os primórdios da civilização. Numa UTI neonatal, vida e morte estão bem mais próximas. Os bebês, pais e a equipe são as faces de um triângulo reunidas, com dificuldade, em torno de uma situação traumática.

A experiência dos bebês é delicada: muitas vezes sentem dor, mas não podem ser consolados por suas mães – pois não estão em casa, mas sim numa unidade de alta tecnologia. Para os pais, a experiência é similar: não podem cuidar do bebê, têm que ficar ao lado, o que os faz sentir-se impotentes – testemunha de toda esta dor, é traumático para a equipe exercer adequadamente sua função.

A organização da unidade busca, em primeiro lugar, ao objetivo de preservar a vida e, posteriormente, entregar à mãe um bebê sadio, física e psicologicamente. Para realizar tal tarefa, a equipe recorre a mecanismos de defesa primitivos, tais como dissociação, negação, deslocamento e projeção – fundamentais para que se possa ser tecnicamente competente no cuidado com os bebês.

O livre acesso dos pais à UTI é medida que visa amenizar os efeitos da separação abrupta, uma vez que sua presença é benéfica ao desenvolvimento da criança – contudo, a mesma lembra à equipe a dor e o sofrimento do bebê em momentos em que necessita se dissociar dessas

emoções para bem atendê-lo. Como disse uma enfermeira: *a gente tem que ver só a veia a ser puncionada*. Porém, ao terminar o procedimento, a mesma profissional deve se identificar com o bebê para poder consolá-lo.

Essa ambigüidade inerente ao cuidado manifesta-se também de outras formas. Ao trazerem a situação afetiva para dentro da UTI, os pais podem se tornar uma sobrecarga para o pessoal da unidade. A equipe necessita fazer o seu trabalho e os pais, que solicitam atenção, fazem alvoroço e atrapalham, dificultando o processo. Uma enfermeira relatou: *sei que eles são importantes para o bebê, mas atrapalham... é difícil trabalhar com toda essa gente aqui dentro*. Os pais, por sua vez, para se manterem ao lado do bebê, fazem uso dos mesmos mecanismos de defesa primitivos, gerando, muitas vezes, conflitos e sofrimento.

Some-se a isso o fato de a equipe cuidadora estar investida de funções maternas, executando procedimentos equivalentes aos cuidados normalmente dispensados pelas mães. O bebê interno no serviço de neonatologia tem, de um lado, a mãe que não pode levar a gestação até o final ou que gerou um filho doente ou malformado, e, de outro, a equipe e o serviço de neonatologia, necessários para manter sua vida. Essa situação é potencialmente geradora de conflitos. Reforça o sentimento das mães de terem causado a prematuridade ou a doença do filho. Elas podem se sentir perigosas para o bebê e terem dificuldades em dele se aproximar, projetando esse perigo à equipe – isto ocorre com mais frequência em momentos de complicações clínicas. A equipe, por sua vez, também

sente-se responsável pelo que acontece com o bebê; por isso, tende a se proteger responsabilizando os pais.

Frente a tal amálgama de sensações e emoções conflitantes, a equipe adotou o procedimento de oferecer uma entrevista aos pais, quando a atitude dos mesmos chamava a atenção – recurso que se tornou rotina na unidade.

A seguir, são ilustradas algumas questões frequentes numa UTI neonatal observadas no dia-a-dia de trabalho e que provocam sobrecarga de sofrimento para todos: profissionais, pais e bebês.

Material clínico

Nas várias situações descritas a partir de material clínico, a seguir apresentadas, podemos perceber a dificuldade tanto dos pais quanto dos profissionais para entender a mútua motivação nessa circunstância angustiante. A primeira mostra as solicitações que pesam sobre a equipe, enfocando a necessidade de o profissional se dissociar para realizar o procedimento e, a seguir, se integrar para confortar o bebê e diminuir-lhe o estresse. A segunda exemplifica a relutância de os pais levarem o bebê para casa, o que ocorre com frequência e se revela situação de difícil entendimento para a equipe. A terceira descreve uma situação na qual a compreensão mútua fica comprometida. A quarta refere-se à “dificuldade” de algumas mães se aproximarem de seus bebês. E a quinta, por fim, trata de sentimentos de culpa. Considero que, se devidamente entendidos, esses exemplos cotidianos podem melhorar as condições de trabalho da equipe.

Penso que essas histórias nos possibilitam os subsídios para refletir sobre algumas questões: como a equipe vivencia essas experiências que, apesar de não conscientemente percebidas, são registradas em seu inconsciente? Quais as repercussões sobre a vida de seus integrantes? O que fazer para tornar menos traumática essa vivência? Não tenho a pretensão de dar respostas definitivas a tais perguntas, apenas propor idéias para nelas melhor pensar.

“Desse jeito, vais me deixar de cabelos brancos....”

João nasceu com 580g, na 28ª semana de gestação. Após três dias, seu estado clínico é estável. A equipe se mostra otimista com sua evolução. Ele está num berço aquecido de tratamento intensivo, no respirador. Parece totalmente desamparado: deitado de costas, com os braços e pernas estendidos e soltos no ar. Apresenta movimentos esporádicos de “queda”. Parece cair no vazio. Chama atenção por não ter a aparência dos prematuros, parece um bebê em miniatura. Não está com a pele enrugada e perdeu pouco peso.

No dia seguinte, 4º dia de vida, sai do respirador. A enfermeira tenta puncionar uma veia em sua cabeça. Aproximo-me e fico observando. Ele se contrai e chora, agitando braços e pernas. É muito pequeno, cabe na palma de uma mão. Conseguir fazer a punção não é tarefa fácil. A enfermeira está tendo dificuldades, parece-me cansada. A auxiliar, ao seu lado, segura um foco na direção da agulha. É um trabalho delicado e minucioso. Durante o procedimento a enfermeira pára algumas vezes e

tenta consolar o bebê: *mocinho, já vai passar. Sei que está doendo.* Dirige-se a mim: *ele é muito bravo e ativo (...) as suas veias muito finas.* O choro do bebê é forte e parece desesperado. Permaneço olhando: o bebê protesta; a enfermeira intenta realizar um procedimento doloroso e necessário. É difícil manter o olhar sobre o bebê.

Nesse ínterim, o alarme do respirador dispara. A saturação de outro bebê cai, o alarme toca. A poluição sonora é grande. A enfermeira se queixa: *não aguento mais esse barulho.*

São necessárias várias tentativas até que consiga concluir o procedimento. Apenas 5 minutos após, o alarme do monitor do bebê novamente dispara. A equipe chega rapidamente. A saturação está caindo. Movimentam o bebê. Verificam se o cateter está obstruído. O médico se aproxima, a enfermeira faz aspiração no bebê e tenta colocar outro cateter nasal. A narina é muito pequena, apresenta dificuldade. A pele se machuca e sangra. O bebê chora, protesta, esperneia. A enfermeira tenta acalmá-lo, oferecendo seu dedo para que segure. O médico segue tentando. Desiste: *ainda é muito grande, tem que ser menor.* A enfermeira coloca um cateter nasal, tipo óculos. O problema é fixar algo num bebê tão pequeno, que não pára quieto. A saturação voltou ao normal, mas começa a cair novamente. O bebê está sem movimento respiratório. Movimentam-no, mas ele segue em apnéia. O médico retorna correndo. Usa a ventilação manual (ambu). O bebê já está acinzentando, mas aos poucos a cor reaparece. É uma luta ferrenha contra a morte – tudo isso ocorre em minutos, mas a impressão é a de

uma eternidade. Enquanto trabalham com precisão, fico observando, parece um filme de terror ou pesadelo. Finalmente, conseguem sanar o problema. Diz a enfermeira: *desse jeito, mocinho, todos os meus cabelos vão ficar brancos...*

Assim que a enfermeira percebeu a apnéia e os procedimentos tiveram início, foi solicitado que as outras mães saíssem da sala. Estavam mudas, cada uma voltada para seu próprio bebê, mas, acredito, em pânico. Poderia ser o filho de qualquer uma delas.

Passado o susto, são rapidamente retirados todos os vestígios visuais do que ocorrera. A enfermeira acrescenta: *hoje foi a primeira vez que fez isso. Agora vai começar. Coitada dessa mãe quando ele entrar na fase cinza. Depois de um tempo aqui, todos entram. Começam os procedimentos, o estresse, e eles iniciam as apnéias.*

A UTI neonatal é um pesadelo, mas para a equipe que ali trabalha é a vida normal. A característica extraordinária da situação se perde. De modo geral, a percepção da dificuldade não é detectada. A atmosfera da unidade parece ser comum. Ao falarmos isso para a equipe, houve surpresa. Pois ela necessita dissociar-se do todo e ater-se ao procedimento. De outro modo, não seria possível tolerar a angústia da vivência diária ao lado da doença, do sofrimento e da morte, principalmente em momentos em que a vida da criança corre risco. O pesadelo está aí e, a não ser que se tenha a visão de quão inusual e estressante é a situação como um todo, não se consegue sequer estabelecer empatia com os pais e bebês. Às vezes, como diz o ditado, faz-

se necessário ver apenas o tronco da árvore e não a floresta. Isso é verdade, especialmente em situações extremas como essas.

"Penso que não sou boa mãe..."

Rita nasceu com 26 semanas e 715g. Evoluiu bem, sem nenhuma complicação grave durante a permanência na unidade. À medida que se aproximava o dia da alta, a ansiedade dos pais aumentava e a demanda de atenção ultrapassava a disponibilidade da equipe. Questionavam os procedimentos repetidas vezes, com diferentes profissionais. Criou-se então um círculo vicioso: à proporção que aumentava a demanda dos pais, a equipe, cansada, começou a se afastar, provocando o incremento dessa demanda. O assunto apareceu numa reunião clínica sob a forma de pergunta: o que fazer com os pais? Por que, agora que o bebê está bem e próximo a sair da unidade, estão tão ansiosos? Deveriam se mostrar agradecidos, mas, ao contrário, estão queixosos.

A mãe solicitou horário no dia da alta. Explicando-se, disse: *precisava muito falar com alguém, tenho muitas dúvidas. Hoje, a Rita vai para casa. Tenho medo, não sei como cuidar dela. Fico com medo de não saber o que fazer. Ela é muito pequena... em casa não vou saber como fazer. Às vezes penso que não sou boa mãe, que não sei ser mãe.*

Sentia-se incompetente por não ter concluído a gravidez. O bebê, ao nascer, não tinha condições de viver: não estava pronto. Os cuidados da equipe, os equipamentos e a tecnologia da unidade concluíram a gestação.

Agora, 24 semanas após o parto, devolvem-lhe a filha e ela não sabe o que fazer. Quando a equipe lhe disse que podia levar a criança, respondeu: *não me sinto capaz*. Estava com medo de pegar o bebê e não dar conta, similarmente ao ocorrido em sua gestação. Esse sentimento de impotência é freqüente em mães de prematuros.

A equipe, por seu lado, sentia as perguntas da mãe como desconfiança a seu respeito, como se estivesse questionando os procedimentos adotados. Mas o que a mãe desconfiava era de sua efetiva capacidade para ser mãe. Entender o que se passa com a mãe, assimilar seu ponto de vista, ajuda a equipe a tolerar as queixas dos pais sem sentir-se atacada. Um colega comentou: *é interessante ver a história de outro ângulo, ajuda*.

“Eles pensam que não me dou conta da situação...”

Paola é um bebê a termo, aparentemente sadio, que nasceu com malformação incompatível com a vida. Está com 45 dias quando, por sugestão da equipe, sua mãe solicita conversar comigo. Chamava-lhes atenção o fato de a mãe conversar com a filha e responder por ela. Essa atitude deixou a equipe preocupada. Pensavam que estivesse perdendo o contato com a realidade. Contudo, no encontro, ela me disse: *doutora, eles pensam que não me dou conta da situação porque chego, falo com a minha filha e faço de conta que nada está acontecendo. Sei que ela vai morrer. Ela não tem cérebro e, se não tem cérebro, não adianta. Tenho que fazer isso, senão não consigo vir ao hospital. Ela pre-*

cisa de mim... tenho que cuidá-la... por quanto tempo não sei... ninguém sabe.

Como o bebê não tinha cérebro, a mãe “emprestava” o seu para estabelecer uma relação amorosa com a filha e se sentir correspondida. Para investir na filha e ser por ela investida. Dessa forma, encontrou um jeito de permanecer ao lado da filha, de se relacionar, cuidando-a para, assim, evitar um processo de luto antecipado. Com essa explicação, sua atitude, no primeiro momento algo sem sentido, tornou-se compreensível para a equipe. Tal qual a mãe, a equipe também necessita investir no bebê para cuidá-lo, mesmo sabendo que não vai tornar-se sadio.

“Olhava para a incubadora e não via nada...”

Rafael possui a aparência (fácies) de um velho: pele seca e enrugada, magro. Pesa apenas 1.090g. Está deitado na incubadora, em posição fetal, cheio de tubos e sondas. Dorme um sono intransigente. De tempos em tempos, agita-se, fica contraído, muda de cor, adquire coloração arroxeadada. Assim como se agita, também se acalma por si e volta a dormir. Percebo seu desamparo e desconforto e, ao mesmo tempo, como se autoconsola.

Enquanto o fito chegam seus pais. A mãe se aproxima e o olha. O pai o toca de leve, o bebê se tranqüiliza. A mãe, imóvel, apenas o observa. Após minutos, o casal sai em silêncio: sustentar a visão do desamparo e fragilidade do bebê é difícil. Os pais precisam de tempo para poder enxergar esse bebê tão diferente do imaginado.

Mais tarde, quando Rafael já pesava 1.900g, a mãe relata, no grupo de pais-bebês prematuros, composto por pais de bebês internados e pais e bebês egressos da unidade, a seguinte confissão: *só fui vê-lo dois dias depois que nasceu. Estava com medo de olhar. O meu marido dizia que ele era lindo... No dia seguinte ao nascimento pedi que a minha mãe fosse vê-lo. Ela me disse que ele era perfeito. A primeira vez que o vi levei um susto, saí correndo. Esperava um bebê, e era um feto horrível... No início chegava lá, olhava para a incubadora e não conseguia enxergar nada... Não sentia ele como meu filho... Depois fui me habituando, aos poucos fui observando o jeito dele, os movimentos. Agora sou muito ligada nele. Aqui é o lugar onde me sinto melhor... Quando ele se mexe no berço, coloco a mão na minha barriga. Parece que ainda está comigo. É muito louco tudo isso.*

O sentimento expresso pela mãe de Rafael é freqüente em todas as que têm bebês prematuros. Às vezes, elas necessitam de tempo para se darem conta da realidade e se permitirem certa tranquilidade por entregar o bebê aos cuidados da equipe. De modo geral, a prematuridade é vivida como uma “falha” da mãe, algo que deixou de fazer ou não fez bem. O tempo de internação pode ser necessário para que se sinta capaz de cuidar do bebê.

Frequentemente, os conflitos com os pais ocorrem nos momentos em que a situação clínica do bebê se torna instável. Os pais, que de modo geral já se sentem culpados, com muita facilidade colocam esses sentimentos sobre a equipe. Essa, por sua vez, também está procurando dar

conta de seus próprios sentimentos de culpa, como podemos ver na história de Pedro, a seguir.

“... quando ela chega, a saturação dele...”

Pedro nasceu com 24 semanas e 540g. Ficou 105 dias hospitalizado. Quando atingiu 1.000g teve diagnóstico de infecção. A mãe, nesse momento, concentrou suas queixas e críticas em relação a um médico. O profissional, alvo dessas projeções, sentia-se incomodado e injustiçado – não entendia a razão de tal atitude, afinal sempre lhe tratara bem. Ao mesmo tempo, a equipe começou a queixar-se da mãe. Diziam: *ela está muito ansiosa... faz mal para o bebê... ela chega e a saturação cai.* No auge da crise a mãe resolve ir à praia, para descansar. Passa 24 horas sem vir ao hospital e sequer envia seu leite – na circunstância, extremamente valioso para o bebê.

O assunto chega à reunião clínica. Percebo que os médicos e as enfermeiras mostram-se críticos com a mãe, achando que atrapalha a unidade e que sua ansiedade faz mal ao bebê. Dou-me conta de que o afastamento da mãe provavelmente ocorreu por pensar estar prejudicando o filho: *ela chega, e a saturação cai...* Concomitantemente, escolhe um médico para depositar suas queixas e, assim, projetar em outrem um pouco da culpa que vinha sentindo. Ao focalizar suas reclamações em um único profissional, demonstra confiar no resto da equipe.

À medida que a situação é interpretada sob o olhar de cada um, permitindo entender a

perspectiva do outro, a equipe mostra-se visivelmente aliviada. Diz o colega alvo das projeções da mãe: *depois de juntar o que cada um vê, faz sentido...*

Comentários

Freud descreveu a psicanálise como a cura pela fala. Acreditava que o trabalho de expressar os sentimentos em palavras é curativo. Hoje, sabemos que também o olhar externo é fundamental no processo de superação dos traumas, condição indispensável para o ser humano se constituir como pessoa. Assim como o bebê necessita do olhar da mãe ou substituta para dar voz a seus sentimentos e necessidades, todos nós, em determinados momentos, precisamos de alguém que, pelo menos, tente nos entender. Muitas vezes é quem ouve que pode articular os sentimentos. Bick¹ afirmava que, no início da vida, as partes da personalidade são sentidas como não tendo nenhuma força de ligação entre si. A função interna de conter as partes do *self* depende, inicialmente, de um objeto externo.

Transpondo essas duas perspectivas analíticas para a dinâmica do grupo, pode-se dizer que o processo de falar sobre os problemas se estruturava em torno das reuniões clínicas, com o olhar externo do consultor. Ao constatar meu aceite pelo grupo, passei a constituir um outro olhar, grupalmente utilizado quando os aspectos inconscientes obstruíam o trabalho. Minha posição era favorável, haja vista que não tendo a incumbência de cuidar dos bebês estava livre para observar o meio externo e os sentimentos que determinadas situações em mim desper-

tavam. Às vezes, me identificava com os pais ou recém-nascidos; em outras, com a equipe. O fato de poder olhar e ouvir cada vértice da situação possibilitava outra compreensão do todo.

O poder falar no momento do trauma é terapêutico e constitui fator preventivo importante em termos de saúde mental. No caso de uma unidade de terapia intensiva neonatal, estamos no coração do trauma. A equipe vive sob constante estresse, num ambiente no qual a vida e a morte andam de mãos dadas. E a vida depende de sua competência.

Superar a adversidade que determina a internação não é apenas exigência dos pais, mas também da equipe. A morte e as complicações são vividas como fracasso por todos da unidade. Quando falece um bebê, faz-se silêncio, o assunto fica para o fim da reunião. Percebi que minha presença facilitava o falar. De certa forma, preenchi a necessidade de um olhar não-crítico, que os ajudasse a reunir as diversas partes da história.

No estado de não-integração do bebê, do ponto de vista econômico, estamos lidando com ansiedades catastróficas – sensação também vivenciada pela equipe ao se deparar constantemente com situações extremas de vida e morte. Reunir-se semanalmente para discutir os casos clínicos e estudar temas previamente estabelecidos, com o objetivo de elaborar protocolos de atendimento, era uma forma de o grupo se estruturar. Ao mesmo tempo, permitia-lhes falar e elaborar suas angústias frente à vida e morte.

Minha presença nas reuniões clínicas trazia para discussão outro modo de ver as mesmas coisas. De um lado, ouvia os pais; de outro, a equipe. Com frequência, surgiam conflitos decorrentes da posição e função de cada um. Como não precisava intervir terapêuticamente, estava mais livre para perceber os sentimentos envolvidos. A minha formação em ORMB e a compreensão psicanalítica permitiam fazer a ponte entre realidade e fantasia, consciente e inconsciente.

Conhecer os aspectos inconscientes que perpassam o trabalho na UTI neonatal permite à equipe manejar as situações traumáticas mais facilmente. Quando tais aspectos não são reconhecidos, a equipe fica sujeita a sentimentos intoleráveis – os quais constituem um trauma cumulativo, com repercussões sobre a qualidade de vida da equipe, resultando em sintomas que podem ser associados ao transtorno de estresse pós-traumático.

Com vistas a evitar tal circunstância, o psicanalista funciona como espécie de envelope que mantém integrados, no mesmo corpo, pais, bebês e equipe. Para tanto, necessita colocar-se na pele de cada integrante do triângulo e, ao mesmo tempo, manter-se suficientemente afastado para ter a visão do todo – sendo o tronco da árvore sem perder a perspectiva da floresta.

Nas reuniões, comumente intervinha no sentido de criar um espaço de reflexão para todos, nos quais, naturalmente, os recém-nascidos são colocados no centro da discussão, pois necessitam que se pense tanto em seus aspectos físicos quanto psíquicos. Esse espaço também ajudaria a discussão da relação com a mãe, sua posição

na família e aspectos sociais, além de propiciar pensar a inter-relação recém-nascidos, famílias e equipe. A partir do momento em que a equipe consegue refletir, ouvir as mães, entender as suas queixas e atitudes, a situação fica mais tolerável e diminui o estresse.

Penso que a presença do psicanalista em uma unidade neonatal proporciona espaço para o desenvolvimento da reflexão – especialmente se treinado no método Esther Bick. De certo modo, o psicanalista reproduz a função exercida pela mãe quando trata ou converte os “dados sensoriais”, a aflição do bebê, em algo que ele possa tolerar.

Usando a linguagem de Bion, seria exercer a função alfa, ou seja, receber as diversas comunicações da equipe, pais e bebês, reuni-las e devolvê-las de forma tolerável e compreensível.

As vinhetas apresentadas ilustram as situações emocionais manejadas pela equipe ante experiências dolorosas. Dependendo do grau de intensidade e duração, são toleráveis; não o sendo, a equipe necessita se proteger para desempenhar sua função.

Uma defesa comum é ficar com raiva, responsabilizar alguém e odiá-lo – o que ajuda a aliviar a dor por certo tempo. Outra, é se afastar num estado de frieza, ser crítico com a confusão emocional dos outros e adotar soluções rápidas que neguem a complexidade da situação. Tal atitude transparece na crítica da equipe em relação às mães, como no caso de Pedro: *ela foi para a praia*. Outra defesa pode ser se jogar no trabalho, baixar a cabeça e recusar qualquer aproxi-

mação. Ou, ainda, entrar numa indiferença emocional, na qual nada possui sentido.

A articulação desses estados mentais da unidade em reuniões – ou num artigo como este – pode promover suporte à equipe. As pessoas, com frequência, têm medo de ser subjugadas pelos sentimentos – no entanto, a experiência nos mostra que causam mais problemas quando não atendidos. Ao serem reconhecidos os sentimentos se tornam mais manejáveis por serem identificados como inerentes à condição humana, partilhada por todos os envolvidos. Na UTI neonatal compete ao psicanalista ajudar as pessoas a reconhecer os estados de sua mente e as características da situação, possibilitando que não se deixem levar por eles, bem como propiciar que reconheçam e se interessem pelos aspectos inconscientes da situação. Os aspectos relativos à dimensão pessoal, às características de cada um, não eram ponderados em minhas intervenções. Portanto, considerando o processo como um todo vê-se que o psicanalista torna-se

importante instrumento de trabalho, colaborando na integração dos diversos sentimentos – ao invés de ser um inconveniente ou perseguidor.

No presente artigo procurei descrever o impacto, sobre a equipe, da presença dos bebês e seus pais. Sem dúvida, outros fatores contribuem para o estresse sofrido pelos profissionais: aspectos sociais, econômicos, institucionais, o próprio ambiente da UTI, sobrecarga de trabalho etc. Apesar desses óbices, a experiência de realizar uma reunião semanal de apoio com a equipe demonstrou ser uma forma efetiva de cuidar de quem cuida – maneira que encontramos para viabilizar um espaço onde trabalhar os aspectos emocionais. O interesse da equipe em conhecer a situação por outro olhar mostra o acerto do trabalho desenvolvido. Foi gratificante ouvir de um colega: *a nossa unidade possui uma psicanalista...* Concluindo, agradeço à equipe da unidade de neonatologia me permitir tanto tempo de convívio, e a confiança de dividirem suas idéias comigo.

Resumen

Cuidando de los cuidadores en el servicio de neonatología: Quien cuida de quienes cuidan?

Este artículo es el fruto del trabajo desarrollado por la autora en el acompañamiento del equipo de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTI) del Hospital São Rafael, en Novo Hamburgo en el Rio Grande do Sul. Dicho acompañamiento se basa en la comprensión psicoanalítica y en la aplicación de dos principios técnicos del Método de Observación de la Relación Madre-Bebé (ORMB). Se discute la triada bebés, padres y equipo, resaltando la importancia del establecimiento de un espacio de reflexión, en el que las distintas formas de ver la situación puedan convergir hacia la creación de un nuevo sentido para el ordenamiento y la transformación de la visión de estos actores, proporcionando el entendimiento y la mejoría de las relaciones. Son ejemplos de las observaciones las viñetas de material clínico.

Palabras-clave: Cuidados. Mortalidad neonatal. Reflexión. Relación madre-bebé.

Abstract

Caring of caretakers at a neonatology service: Who cares of caretakers?

This article is the result of a survey developed by the author in accompanying the equip of a Neonatal Unit of Intensive Therapy (UTI) at Hospital São Rafael, in Novo Hamburgo - Rio Grande do Sul. This accompaniment is based on psychoanalytic comprehension and application of technical principles of the Method of Observation of Mother-Baby Relation (ORMB). It discusses the triad babies-parents-equip, pointing out the importance of establishing a space of reflection, in which different ways of analyzing the situation may converge into the creation of a new concept that ordinate and transform the view of actors in this process, making possible the understanding and improving of relations. Clinical material vignettes are the examples of observations.

Key words: Caring. Neonatal mortality. Reflection. Relations between mother and baby.

Referências

1. Bick E. L observation du bébé. Notes on infant Observation in Psychoanalytic Training. A propos de la place de l' observation du nourrisson dans la faormation à la psychanalyse. Journal de la psychanalyse de l'enfant, 1967, 12: 14-34.
2. Wirth AF. Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. In: Caron NA. A relação pais-bebê: da observação à clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p. 207-31.
3. Druon C. L'aide au bébé et à ses parents en reanimation neonatale. In: Devenir 1, 1989: 45-65.

Contato

Ângela Fleck Wirth – afwirth@brturbo.com.br