

Vínculos e internação de filho em UTI neopediátrica

Leticia Kancelkis Porta
Antonios Terzis

Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas, SP, Brasil

RESUMO

Abordamos, primeiramente, o conceito de vínculo e algumas formulações teóricas acerca da importância do papel desempenhado pelos esquemas originários familiares enquanto um apoio especial do psiquismo. Então, relatamos alguns trechos de estudos realizados em contextos de UTI Neonatal e Pediátrica, buscando considerar questões concernentes aos vínculos estabelecidos nos mesmos, bem como aspectos implícitos no âmbito dos esquemas originários familiares. Objetivamos, com o presente artigo, trazer reflexões acerca da importância dos vínculos e dos esquemas originários familiares em condições de internação de filhos em UTI. Os estudos aqui apresentados parecem confirmar tal importância, demonstrando a coerência das teorias a princípio explanadas.

Palavras-chave: Vínculos; Unidades de Tratamento Intensivo; psicanálise.

ABSTRACT

Bonds and children's hospitalization in the intensive care unit

Our proposal, at first, is to approach the concept bonds and some theoretical forms about the important role of the patterns arising from families as a psychic special support. Then, we report some lines of studies which realized in context of Intensive Care Unit Neonatal and Pediatric, seeking for consideration questions concerned of the same established bonds, as well as implicit aspects in ambit of original familiar schemes. Our objective, in the present article, is to bring some reflexions about the important bonds and the original familiar schemes of children's hospitalization conditions in the Intensive Care Unit. The exposed studies seems to confirm its importance, showing the coherence of the principle explained theories.

Keywords: Bonds; Intensive Care Unit; psychoanalyse.

RESUMEN

Vínculos y hospitalización de hijo en UCI neo-pediátrica

Nosotros abordamos inicialmente el concepto de vínculo y algunas formulaciones teóricas sobre la importancia de los roles desempeñados por los sistemas familiares originarios como un apoyo especial al psiquismo. Después, relatamos algunos informes de estudios realizados en el contexto de la UCI Neo-Natal y pediátrica, bajo el objetivo de considerar cuestiones concernientes a los vínculos establecidos en estos, como también aspectos implícitos en el ámbito de los sistemas familiares originarios. Nuestro objetivo con este artículo es aportar reflexiones sobre la importancia de los vínculos y de los sistemas familiares originarios en las condiciones de hospitalización de hijos en la UCI. Los estudios presentados aquí parecen confirmar esta importancia, lo que demuestra la consistencia de las teorías en principio explicadas.

Palabras clave: Vínculos; Unidades de Cuidados Intensivos; psicoanálisis.

O presente estudo tem por objetivo compreender significados inconscientes das múltiplas vicissitudes do vínculo, em situações de internação de um filho em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) neopediátricas.

Consideramos que a própria noção de vínculo exige o aprofundamento da atenção ao objeto real externo, sob um ponto de vista psicanalítico.

Assim, é fundamental abordarmos, neste primeiro momento, o conceito de vínculo, consistindo este na questão primordial deste trabalho, ressaltando-se o fato de que a relação de objeto diz respeito à estrutura interna dele, sendo ele, portanto, um tipo particular de relação de objeto, a qual se constitui por uma dada estrutura, cujo funcionamento se dá de uma determinada forma. “É uma estrutura dinâmica em contínuo

movimento, que funciona acionada ou movida por fatores instintivos, por motivações psicológicas. [...] Desse modo, temos dois campos psicológicos no vínculo: um interno e outro externo. [...] É possível estabelecer um vínculo, uma relação de objeto, com um objeto interno e também com um objeto externo.” (Pichón-Riviere, 1982/2000, pp. 17-18).

Mesmo quando estabelecido com apenas uma pessoa, o vínculo sempre apresenta a característica de ser social, relacionando-se, posteriormente, com as noções de papel, status e comunicação. É importante salientar que não pode haver relação de objeto com uma parte somente do aparelho psíquico, de maneira que seu funcionamento ocorre em uma totalidade, implicando em uma estrutura dinâmica, cujas partes, em particulares momento e sujeito, apresentam uma valência também particular. Além disso, não parecem existir relações impessoais, na medida em que o vínculo entre dois sujeitos é estabelecido invariavelmente em função de outros vínculos, os quais são historicamente condicionados, acumulando-se e constituindo o inconsciente. Os vínculos internos e externos integram-se em um processo de espiral dialética, no qual o vínculo primeiramente é externo, posteriormente tornando-se interno e assim sucessiva e repetidamente. Com isso, as características do mundo interno de uma dada pessoa acabam por ser plenamente diversas das do mundo interno de outrem, em relação às mesmas experiências do mundo externo (Pichon-Riviere, 1982/2000).

Os primeiros vínculos são constituídos com os familiares, tendo como ponto de partida uma relação íntima e exclusiva com a mãe e, em um segundo momento, o reconhecimento da presença do pai. Neste momento, a criança passa a estabelecer vínculos com essas duas pessoas, de sexos distintos, estruturando-se, com isto, uma relação “tripessoal” (criança-mãe, criança-pai e criança-pai-mãe), trazendo um enriquecimento e maior complexidade a seu campo social. Estes primeiros vínculos que, aos poucos, vão se estendendo aos irmãos e outros familiares, são fundamentais para os relacionamentos posteriores. (Grinberg, Langer e Rodrigué, 1971; Terzis, 1992).

De acordo com Leal (1993, pp. 31), “a realidade humana assenta na comunicação como formato primário de todos os vínculos. O indivíduo sai de si mesmo para se encontrar ao estabelecer um contato, um convívio, com alguém outro que lhe reconhece o ser e, com ele, descobre outras coisas mais que os transcendem”, de modo que o relacionamento primário pode ser considerado como núcleo da organização da mente humana, ou seja, o que diz respeito a vínculos mãe-filho, eu-outro, humano-Deus.

A tonalidade da voz, o olhar, os gestos e outros aspectos da comunicação não verbal trazem à comunicação um aspecto de caráter afetivo, conferindo à experiência emocional do falar, um sentido mais legítimo de como o indivíduo se vincula com seus grupos internos, com o mundo exterior, e, sobretudo, com um determinado interlocutor, em dado momento. O grupo pode ser considerado como um contexto onde há a possibilidade de se trabalhar a diversidade, a qual, por sua vez, diz respeito ao múltiplo, à variedade que não se enquadra em um padrão. A evolução humana parece relacionar-se à capacidade de lidar com o novo, com a diversidade, o que, muitas vezes, pode conduzir a emoções adversas, situação esta bastante comum nas famílias e nos grupos em geral. Sendo possível suportar a dor mental, admitindo-se a nova ideia, o indivíduo pode percorrer o diverso e o adverso, conquistando o autoconhecimento, sendo que tal percurso pode ser facilitado com a participação em um dispositivo vincular psicanalítico (Fernandes, 2005).

Assim, segundo Leal (1993), a atividade socio-emocional delimita-se desde a mais tenra idade, por meio da expectativa de encontrar um interlocutor que seja válido, podendo-se encontrá-la já em bebês recém-nascidos.

Dessa forma, é importante mencionar que concordamos com Correa (2002), quando afirma que a organização dos vínculos familiares ocorre não somente a partir da relação real de parentesco, como também da relação fantasmática em configurações sustentadas por alianças inconscientes.

O bebê nasce em um vínculo, sendo que a existência da mãe implica na existência do filho, não havendo mãe sem bebê e nem bebê sem mãe. A relação com a mãe-permite a passagem do desamparo ao amparo, sustentando o bebê e dando-lhe prazer por meio do transitório cessar das necessidades básicas, contato este que narcisiza e investe libidinalmente. A mãe, em um encontro de desejos com o bebê, decodifica o que ele expressa por meio de seu corpo, de seus sinais e gestos, desenvolvendo-se uma linguagem especial entre eles. Tudo isto ocorre permeado por influências da inscrição do familiar inconsciente, bem como por significantes e significados socioculturais também inconscientes que atravessam as subjetividades e os vínculos (Perkal, 1998).

Desta forma, a família é um dos grupos humanos que pode constituir-se em apoio especial do psiquismo, uma das condições necessárias para o sustento da coerência das identificações, enquanto seus vínculos vão dando conta de múltiplos e diversos trabalhos psíquicos, sempre ligados em conter e regular, e sempre, de algum modo, frustrados (Rojas, 2008).

Em determinados momentos na constituição da subjetividade entre a dinâmica psíquica da criança e a de seus progenitores, confunde-se o desejo da primeira com o de seus pais, o supereu de um com o do outro, a função egóica da mãe com as possibilidades da criança, de maneira que não se estabelece uma clara definição entre o “dentro-fora”. Desse modo, parece fundamental considerar a constante dialética do inter/intrassubjetivo, tanto quando se fala em formação da subjetividade quanto quando se fala da formação de sintomas (Rosenberg, 1994).

O desejo da mãe encontra-se na maneira como ela se ocupa da criança, sendo que, por outro lado, ele está veiculado e oculto, ao mesmo tempo, nos cuidados, nas manobras, atenções e atitudes. Esquemáticamente, encontra-se simbolizado pelo seio ou, minimamente, será retomado, no inconsciente, sob a forma de elementos representativos, como o seio. É válido mencionar, entretanto, que o inconsciente da criança não é diretamente o discurso (ou o desejo) do outro, de forma que ela não interioriza o desejo da mãe. Entre a reação significativa da mãe e o inconsciente da criança, ainda em formação, registra-se o momento que Laplanche chama de “desqualificação”. Assim, a mensagem desqualificada apenas veicula energia, nada além disso, havendo entrecruzamentos no processo de constituição do aparelho psíquico que ocorrem entre fatores provenientes do intrapsíquico e fatores que provêm do “outro” (Laplanche, 1992).

De acordo com Grange-Ségéral (2008), os esquemas originários familiares são proto-organizadores do grupo familiar que se apresentam sob formas de combinação sensório-emocionais, comportamentais e fantasmáticas. Tratam-se de criações familiares para conter as fraturas do originário, esquemas estes que, por sua vez, canalizam e expressam, de maneira pré-simbólica, os traumas da transmissão geracional, de forma a se poder entender por originário, aqui, a maneira na qual o encontro entre o sujeito e o seu ambiente deixa certos traços gravados na psique e no soma. As experiências de sofrimento extremo, ainda segundo esta autora, podem implicar numa destruição do aparato de representação e do prazer em representar, de modo que seu destino é permanecer em sofrimento no corpo, nos atos e na contra-investidura da representação.

Dentro das experiências de apoio primitivo, durante o encontro do grupo familiar e a criança recém-chegada, o corpo ocupa um lugar central porque é a primeira superfície de inscrição e de recepção das mensagens inter-geracionais (Grange-Ségéral, 2008). A mãe coloca em jogo uma sexualidade que introduz o bebê em seu mundo sexualizado, criando-se, entre eles, um espaço erógeno partilhado pela modalidade

por meio da qual a criança metaboliza e se apropria daquilo que a mãe lhe deixa como marca, deixando, ela também, na sexualidade da mãe, uma marca. Assim, a criança responde à mãe a partir de seu próprio fantasma, o qual, por sua vez, vai se criando e transformando (Rosenberg, 1994).

É importante salientar que a realidade que constitui o inconsciente da criança não é a realidade da família. A primeira é mais reduzida, na medida em que não são todas as interações familiares que se inscrevem nela; por outro lado, é mais ampla, por deslocar-se através de objetos substitutos em direção aos quais se deslocam as características metáforo-metonímicas dos objetos originários (educadores, cuidadores e outros familiares) (Bleichmar, 1994).

Assim sendo, passamos, a seguir, a relatar alguns trechos de estudos realizados em contextos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal e Pediátrico, buscando considerar questões concernentes aos vínculos estabelecidos nos mesmos.

Oliveira (2002) relata-nos um caso de uma garota de 15 anos, que entra na UTI com um diagnóstico de insuficiência respiratória e pneumonia, constatando-se, logo em seguida, uma miopatia congênita, caso grave e de prognóstico desfavorável. Afirma a autora que a paciente demonstra ansiedade e mobiliza a equipe, de modo que sua demanda inicial e a de sua família voltam-se para o médico, cuja palavra a esta dirigida pode revestir-se de grande “poder” e cuja informação é interpretada de acordo com suas vivências singulares de vida e do lugar que ocupa em seu seio familiar.

A família, a psicóloga e também os médicos ficam com ela até o final (um deles chega a chorar). Parece que seus pais precisavam de seu sangue vivo para viverem. O sentido da vida deles talvez fosse a cura da filha. Nesse tempo todo, a morte foi projetada para o futuro e essa criança foi-se mantendo viva. O luto começou. Os vínculos afetivos possibilitaram a superação da tendência ao impessoal, um melhor lidar com o sofrimento e com a percepção da morte iminente, diante do medo de estar só (Oliveira, 2002).

Em estudo realizado por Gayva e Scoch (2002), a relação dos profissionais com os pais parece ter como característica principal a despersonalização dos sujeitos. Observou-se que a equipe dirige-se aos pais tratando-os por “mãe” e “pai” e, raramente chamando-os pelo nome. Por outro lado, percebemos, em nossas experiências diárias em UTI neopediátrica, o contrário disso: os profissionais de enfermagem e os médicos parecem fazer questão de saber o nome dos acompanhantes do paciente (Porta e Terzis, 2008).

Santos, Gaiva e Gomes (2001), em pesquisa com mães participantes de um grupo de apoio aos familiares

de bebês internados em uma UTIN privada de Cuiabá-MT, afirmam, de acordo com os resultados obtidos, que as mães parecem necessitar de um espaço onde possam compartilhar medos e ansiedades e que o grupo tem papel de orientação e informação, além de apoiar e confortar os familiares (Santos; Gaiva; Gomes, 2001). Tal necessidade é visível também a nós, em nossas experiências diárias em UTI neopediátrica, inclusive por meio de comentários por parte dos próprios pais de crianças internadas. Muitas vezes, podemos observar condições emocionais que exigem a presença de um serviço de apoio psicológico aos acompanhantes, possibilitando uma continência absolutamente necessária no sentido de evitar maiores sofrimentos a quem já se encontra em uma situação de tamanha fragilidade. Isto inclui a possibilidade de mediar vínculos entre profissionais e acompanhantes, justamente por meio dos vínculos do psicólogo com ambas as partes, vínculos estes estabelecidos a partir dos conhecimentos técnicos deste profissional, bem como de sua capacidade de empatia.

A UTI tende a ser vista como um lugar de possibilidade de vida, apesar do risco constante de morte. Isto porque talvez se pense que o isolamento pode ser uma tentativa de controlar e dominar o imprevisível, a doença/saúde, a morte/vida. Parece ser necessária aptidão para uma convivência entre Morte/Vida/Fragilidade/Onipotência/Impotência (Oliveira, 2002).

Em trabalho apresentado no II Congresso de las Configuraciones Vinculares, nascido de experiências vinculares de um dos próprios autores, ao relatá-las e analisá-las sob uma perspectiva psicanalítica, além de uma ótica grupal/vincular, apresenta como objetivo trazer contribuições no sentido de proporcionar reflexão e sensibilização relativas à relevância dos vínculos estabelecidos em meio a um contexto de enfermidade de um filho (Porta e Terzis, 2008).

A mãe, então, apresenta alguns registros de experiências neste sentido:

“Aos treze dias de vida de meu filhinho, apareceu uma bolha em um dedo de seu pezinho, o que me motivou a levá-lo ao pediatra, com urgência. Ao chegar lá, ele o mandou, imediatamente, para internação, a princípio, para tomar um sorinho e um banho de luz pela icterícia.

Chegando ao hospital, absolutamente nada do que faziam para aquecê-lo era bem sucedido. Seu corpo estava gelado e praticamente inerte. Foi, imediatamente, levado para a UTI.

O desespero era indescritível. Num primeiro momento, não permitiram que eu e meu esposo entrássemos. Foram horas de espera. Depois, pude

entrar e ficar com ele. O hemograma mostrava possibilidade de infecção. Perguntei sobre a bolha e a médica mostrou-me que já até havia estourado (na verdade, era o sinal de Deus para salvar a vida de meu filhinho). Às vinte e três horas daquela quinta-feira, ‘expulsaram-me’ da UTI. Foi a noite mais terrível da minha vida, até então. Só via, à minha frente, um funeral acontecendo.

No dia seguinte, encontrei com a médica que o atendera no dia anterior. Ela me disse que havia me mandado embora, porque precisava tirar o seu líquido, já que suspeitavam de meningite. Disse que eu ficaria desesperada se visse fazerem isto (ficaria mesmo, naquela época!). Não era meningite e agradei muito a Deus. Em todo o tempo que permitiam minha entrada, dizia a ele: ‘Filhinho, continue lutando para viver, porque você é muito amado, a mamãe precisa de você! Você tem um espaço na nossa vida que é só seu!’ Foram sete dias de UTI.

Por volta dos quatro meses de vida, sua cabecinha foi perdendo a sustentação e ele foi deixando de sorrir. Seus bracinhos ficavam parados. Foi rápido, questão de, mais ou menos, quinze a vinte dias. Quinze dias antes, havíamos consultado o pediatra e estava tudo bem. Na próxima consulta, porém, ele o mandou imediatamente para internação. Que desespero! Logo vi que, provavelmente, seria grave.

Chorei e clamei a Deus. Foi internado na pediatria e eu lhe dizia, durante todo o tempo: ‘Não importa o que os médicos digam, filhinho! Jesus está com você! Tudo vai dar certo!’ Mas eu estava com medo! Muito medo!

Quando veio a neurologista, ela me dizia coisas nada animadoras como que, se fosse hidrocefalia ou epilepsia, estas seriam boas opções. A ansiedade não tinha medida, quando ele fez a tomografia e ficamos esperando o resultado. Eu não podia comer e nem parar de andar de um lado para o outro, orando sem parar. Duas enfermeiras vieram, pegaram-me pelas mãos e oraram comigo, chorando muito, junto a mim: ‘*Senhor, nós não sabemos qual é a missão desta criança, mas sabemos que não cai uma folha de uma árvore sem a tua permissão...*’.

Estas foram algumas das palavras que elas disseram, o que me deu um tanto de força para prosseguir. Mas eu ainda temia muito e só pensava que a missão dele seria doar órgãos e isso me machucava demais.

Chegou a neurologista, após longa espera, com o resultado do exame. Eu lhe disse: ‘Se for delicado, gostaria que conversássemos lá fora’. Ela

respondeu: ‘Então, vamos lá fora.’ Ela disse, então: ‘É muito grave. Ele tem uma doença na massa branca. Perguntei-lhe se levava à morte e ela disse que sim, em alguns meses ou poucos anos, pois era degenerativa.

Nem é preciso dizer o quão desesperados ficamos, mesmo porque é impossível descrever. Meu bebê teve alta na mesma hora, pois não havia o que fazer mais no hospital, naquele momento. Fomos para casa e, à noite, fui à igreja, deixando meu bebê chorando nos braços de meu esposo e meu filho mais velho, também, irrequieto. Meu esposo pedia que eu não fosse, mas eu precisava buscar comunhão com Deus, sobretudo diante de tudo aquilo.” (Porta e Terzis, 2008).

Neste relato, podemos constatar a importância extrema dos vínculos. Em uma condição humana de dor inenarrável, bem como de luta pela vida por parte do pequeno ser, eles demonstram desempenhar um papel fundamental.

No início, a mãe, ainda perplexa, por assim dizer, com a necessidade repentina e urgente da internação do filho, percebendo a gravidade da condição clínica de seu amado bebê, pede-lhe que lute para permanecer vivo, garantindo ao mesmo que ele possui um lugar no mundo, na família, que tanto o ama.

Conforme nos fala Leal (1993) quanto ao fato de a atividade socioemocional delimitar-se desde a mais tenra idade, podendo-se encontrá-la já em bebês recém-nascidos, considerando-se a gravidade do quadro clínico da criança, naquele momento, como negar a possível relevância das comunicações estabelecidas entre a mãe e seu bebê, cuja melhora foi tão rápida, a despeito da possibilidade iminente de morte?

O trecho que relata o cuidado da médica em não dizer à mãe da criança que colheria o seu líquido para exame de meningite demonstra o estabelecimento de uma relação de empatia com a mãe desesperada, remetendo-nos ao conceito de *holding*, descrito por Winnicott (1963/1983), como um período em que a mãe: o protege da agressão fisiológica; é capaz de considerar a sensibilidade cutânea do lactente e seu desconhecimento quanto à existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo; realiza o cuidado adequado, de seu bebê, dia e noite, seguindo, também, as mudanças instantâneas que permeiam o crescimento e desenvolvimento do mesmo, tanto física como psicologicamente.

Quanto ao diagnóstico de doença degenerativa da criança, é interessante notar que, antes do resultado do exame chegar, ocorre algo bastante importante em termos de um movimento grupal configurado pelas

enfermeiras, que pegam a mãe pelas mãos e buscam, diante de tamanho sofrimento, o socorro, a ela, por meio da oração. Parece configurar-se, a partir de então, um vínculo entre elas, pautado na solidariedade e na fé cristã, em um vínculo que transcende o humano – a relação com Deus.

Esta última, por sua vez, revela-se a mais importante das configurações vinculares estabelecidas, em meio ao mais extremo dos sofrimentos vividos pela mãe. Diante do impossível, ela recorre ao único que, sob o seu ponto de vista, pode fazer alguma coisa. Ela é totalmente impotente diante do que vive. Imaginando que o resultado seria terrível, ela diz ao filho: “*Não importa o que os médicos digam! É Jesus que está com você*”. Ela, então, introduz o filho em seu relacionamento com Deus, fazendo com que participe dele, falando de Jesus, símbolo do amor, da paciência, da força.

Assim, podemos identificar a relevância dos esquemas originários familiares para a própria construção das experiências vinculares com outras figuras que não as primárias, podendo estender-se até mesmo ao vínculo com Deus, em um compartilhar de vivências tão profundas, por assim dizer, como o são, por exemplo, aquelas relativas à dimensão da fé. Segundo Tillich (1986), a fé refere-se a estar possuído pelo que toca de maneira incondicional e o êxtase maior é este, sendo que, sob a perspectiva de Winnicott (1963/1983), somente um “ambiente facilitador”, expresso por uma “mãe suficientemente boa”, confiável, permite os processos de amadurecimento e de crescimento na confiança, o que constitui a base da possibilidade da “crença em”.

Concordamos com Baker (2005), quando nos fala de sua admiração com sua constatação a respeito do quanto os pontos de concordância entre os princípios espirituais e os emocionais podem favorecer a saúde tanto emocional como física. Ao mesmo tempo, sabemos que alguns psicólogos encaram a religião como algo limitante ao potencial humano, de modo que a recíproca é verdadeira, isto é, alguns religiosos também têm um olhar preconceituoso para com a psicologia. As tendências religiosas dos analisados não podem ser atribuídas meramente às suas determinações infantis, mas sim como fruto de um processo de ressignificação contínua, não se devendo tratá-las como algo que contradiz as demandas da realidade, nem tampouco como delírio (Wondracek, 2005), (Baker, 2005); (Filho e Melo, 1995).

Podemos finalizar este texto, buscando avaliar a importância da psicanálise para a compreensão de fenômenos que se manifestam no interior dos vínculos estabelecidos em situações de extremo sofrimento, como as relatadas pelo presente trabalho.

A psicanálise consiste em uma disciplina que tem sua atenção voltada a perguntas relativas à qualidade dos primeiros vínculos estabelecidos por uma pessoa, aos motivos das angústias, à expressão dos sintomas, à memória. Ela privilegia as fantasias, os sonhos, as emoções e os afetos e renuncia à busca de uma predeterminação de como se desenrolarão tais eventos. Ao considerarmos a relevância dos vínculos, pensamos, conseqüentemente, na importância desempenhada pelos grupos naturais, de modo que, se o psicanalista parte da consideração de que o grupo é uma entidade em si e se utiliza de modelos elaborados a partir dessa experiência, tem a possibilidade de realizar grande diversidade de observações inovadoras, passíveis de esclarecer também mecanismos que operam na situação individual (Neri, 1999).

Entendemos, ainda, que o termo “estrutura” diz respeito a um conjunto no qual o todo contém um valor maior do que a mera soma das partes, de modo que um grupo não é apenas formado pela soma de cada um de seus componentes de significação (Puget e Berenstein, 1993). Assim, concordamos com Saussure (1945), quando afirma que as partes do conjunto estão relacionadas por propriedades de solidariedade interna, identidade, realidade e valor sincrônico, de tal maneira que a mudança em uma delas pressupõe a modificação das demais partes, denotando a sua natureza solidária.

Parece-nos, então, que o psicanalista deve apresentar esta visão de conjunto, ou seja, conhecimentos e até mesmo uma consciência técnica capazes de derivá-la, em qualquer tipo de intervenção ou estudo que realize. Isto inclui a sua maneira de interpretar até aquilo que se encontra relatado já na literatura, como buscamos fazer neste artigo, buscando atingir o objetivo de esclarecer mecanismos presentes também nos grupos constituídos naturalmente, os quais não esperam o psicólogo de grupo para manifestar determinados fenômenos inerentes aos contextos grupais. A finalidade, aqui, é de clarificar a importância do grupo em si para, a partir disso, podermos, com maior consciência e familiaridade, atuarmos como facilitadores de processos bastante enriquecedores psiquicamente, em contextos como os apresentados no presente estudo.

REFERÊNCIAS

- Baker, M.W. (2005). *Jesus, o maior psicólogo que já existiu*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Bleichmar, S. (1994). Do discurso parental à especificidade sintomática na psicanálise de crianças. In Rosenberg, A.M.S. *O lugar dos pais na Psicanálise de crianças*. São Paulo: Editora Escuta.
- Correa, O.B.R. (Org.). (2002). *Vínculos e instituições: uma escuta psicanalítica*. São Paulo: Escuta.
- Fernandes, W.J. (2005). Psicanálise dos vínculos: como trabalho com grupos hoje. *Rev. SPAGESP*, 6, 2, 53-60. ISSN 1677-2970.
- Filho, F., Melo, O. (1995). Experiência religiosa e psicanálise: do Homem-Deus ao Homem-com-Deus. *Rev. Bras. de Psicanál.*, 29, 4, 859-872.
- Gaiva, M.A.M., & Scochi, C.G.S. (2002). A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI neonatal de um hospital universitário. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*, 8., São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.
- Grange-Ségéral, E. (2008). Los Esquemas Originarios Familiares. *II Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares: Perspectivas Vinculares em Psicoanálisis, Las Prácticas y SUS Problemáticas* (Vol. 1: pp. 177-181). Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
- Grinberg, L., Langer, M., & Rodrigué, E. (1971). *Psicoterapia del grupo – su enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Laplanche, J. (1992). *O inconsciente e o id*. São Paulo: Martins Fontes.
- Leal, M.R.M. (1993). *Grupanalise: um percurso*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Grupanalise.
- Neri, C. (1999). *Grupo: Manual de Psicanálise de Grupo*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Oliveira, E.C.N. (2002). O psicólogo na UTI: reflexão sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicol. Cienc. Prof.*, 22, 2.
- Perkal, A. W. (1998). Função Materna. In C. Pachuk, & R. Friedler, (Coord.). *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Buenos Aires: Ediciones Del Candil.
- Pichón-Rivière, E. (2000). *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1982).
- Porta, L.K., & Terzis, A. (2008). Experiências vinculares de mãe de criança com diagnóstico de doença neuro-degenerativa. *II Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares: Perspectivas Vinculares em Psicoanálisis, Las Prácticas y SUS Problemáticas* (Vol. 2: pp. 477-482). Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
- Puget, J.; Berenstein, I. (1993). *Psicanálise do Casal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rojas, M.C. (2008). Modalidades Actuales em Familia. *II Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares: Perspectivas Vinculares em Psicoanálisis, Las Prácticas y SUS Problemáticas* (Vol. 1: pp. 65-71). Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo: Buenos Aires.
- Rosenberg, A.M.S. (1994). A constituição do sujeito e o lugar dos pais na análise de crianças. In Rosenberg, A.M.S. (1994). *O lugar dos pais na Psicanálise de crianças*. São Paulo: Editora Escuta.
- Santos, D.S.D.; Gaiva, M.A.M.; Gomes, M.M. F. (2001) Grupo de apoio às famílias de recém-nascidos internados em UTI neonatal: experiência de familiares participantes. In Congresso Brasileiro de Perinatologia, 17, Reunião de Enfermagem Perinatal, 14. *Anais...* Florianópolis. 266 pp.
- Saussure, F. (1945). *Curso de linguística general*. Buenos Aires: Losada.
- Terzis, A. (1992). A Psicologia e a Psicoterapia do Grupo Familiar. *Revista Estudos de Psicologia – PUC Campinas*, 9, 2, 80-92.
- Tillich, P. (1986). *A dinâmica da fé*. São Leopoldo: Sinodal.
- Winnicott, D.W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1963).

Wondracek, K.H.K. (2005). Entre o desamparo humano e o amparo Divino: um caso clínico numa ótica interdisciplinar. *Círculo Brasileiro de Psicanálise*.

Recebido em: 05/05/2010. Aceito em: 09/10/2010.

Autores:

Leticia Kancelkis Porta – Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Antônio Terzis – Graduação em Psicologia pelo Instituto de Psicologia do Centro de Estudos e Pesquisa de Atenas, Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade de Paris VII – Université Denis Diderot e Doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. É professor titular da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Pós-Graduação) e da Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo. E-mail: <aterzis@puc-campinas.edu.br>.

Enviar correspondência para:

Leticia Kancelkis Porta
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Av. John Boyd Dunlop, s/n – Jardim Ipaussurama
13060-904, Campinas, SP, Brasil
E-mail: <leticiaakt@terra.com.br>