UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PRISLAINE KRODI

**Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na
prática profissional do analista em unidade de
terapia intensiva neonatal**

São Paulo
2009

PRISLAINE KRODI

**Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na
prática profissional do analista em unidade de
terapia intensiva neonatal**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Área de Concentração: Saúde e Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Walquiria Fonseca Duarte

São Paulo
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Krodi, Prislaine.

Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na prática profissional do analista em unidade de terapia intensiva neonatal / Prislaine Krodi; orientadora Walquiria Fonseca Duarte. -- São Paulo, 2009.

102 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise 2. Bebês 3. Saúde 4. Desenvolvimento humano 5. Neonatologia 6. Unidade de tratamento intensivo I. Título.

RC504

FOLHA DE APROVAÇÃO

Prislaine Krodi dos Santos

Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na prática profissional do analista em unidade de terapia intensiva neonatal

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profª. Drª. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª. Drª. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª. Drª. Walquiria Fonseca Duarte (Orientadora)

Instituição: Universidade de São Paulo Assinatura: _____

Dedico esse texto aos desafios que o trabalho e a vida sempre me colocaram.

E à todos aqueles que me ajudaram a chegar até aqui.

Não foi fácil. Sem vocês, seria impossível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Walquiria Fonseca Duarte, pela liberdade, pela confiança e pelos recentes incentivos de coragem com os quais me acolheu nesse tempo.

Aos professores da pós-graduação e à banca de qualificação pela fértil interlocução. As contribuições de vocês alimentaram e enriqueceram minhas reflexões.

Aos colegas de trabalho e amigos do hospital que desbravaram junto comigo essa árdua tarefa de cuidar dos pequenos pacientes, de suas famílias e de nós mesmos na unidade de terapia intensiva neonatal.

Aos colegas do Serviço de Psiquiatria e Psicologia pela coragem e pela persistência em trabalhar em um hospital de crianças. Obrigada por acreditarem em mim.

Aos aprimorandos do Serviço de Psiquiatria e Psicologia pela construção conjunta dos estágios, das supervisões e das primeiras impressões na UTI Neonatal.

Aos novos colegas de trabalho e amigos da Creche, por meu inevitável afastamento em um momento tão precioso. Por compreenderem a importância desta Dissertação para mim.

À Nanci Bühner pela escuta silenciosa por anos a fio. Pela leveza com que pude trilhar meus caminhos a partir de então.

À minha família, pai, mãe, irmãs, cunhados, meu lindo sobrinho, tios, tias e primos. Muitas vezes não pude estar com vocês para estar com esse trabalho. A vocês, o meu amor e minha imensa gratidão pela certeza do amparo.

Ao Antonio por tantas vezes abrir mão de finais de semanas e noites mais divertidas que as nossas, em frente ao computador. Obrigada pela paciência e pelo respeito.

Aos amigos de Presidente Prudente, obrigada por esse amor maluco que tem sobrevivido ao tempo, à distância e às intempéries de nossas vidas. Especialmente à Kémelli e ao Cale pela bela tradução do resumo.

Às amigas da faculdade, obrigada por compartilharem muito além das disciplinas da graduação: nossa juventude, várias aventuras e inúmeras histórias. Por estarem sempre por perto, dividindo nossas vidas e nossas dúvidas profissionais, familiares, amorosas, afetivas e existenciais. Especialmente à Ingrid Attan que nunca me deixou esquecer deste compromisso.

À Sueli Minatti pela amizade insistente e inigualável. Pelas inúmeras leituras das várias versões desse texto. Pelas trocas cotidianas do trabalho no hospital e para além dele. Por todo carinho e cuidado que tem por mim.

À Raquel Degenszajn por ter sido minha parceira para pensar esse trabalho desde o início. Suas contribuições e sugestões me ajudaram a encontrar um caminho.

À Maria Lívia Tourinho Moretto e à Catherine Mathelin, seu amor pelo trabalho inspirou o meu. E o seu compromisso com a transmissão do saber abriu caminhos para essa pesquisa.

Aos meus pequenos amigos não humanos. Pelo amor, para além da linguagem. Vocês sempre fizeram parte da minha história e tornaram meus dias mais alegres.

Por fim e antes de tudo, aos meus pequenos pacientes e suas famílias, esse trabalho não teria sentido sem vocês. Obrigada por poder escutá-los e acompanhá-los em momentos tão delicados.

“Vem por aqui” — dizem-me alguns com os olhos doces
Estendendo-me os braços, e seguros
De que seria bom que eu os ouvisse
Quando me dizem: “vem por aqui!”
Eu olho-os com olhos lassos,
(Há, nos olhos meus, ironias e cansaços)
E cruzo os braços,
E nunca vou por ali...

[...]

Não, não vou por aí! Só vou por onde
Me levam meus próprios passos...
Se ao que busco saber nenhum de vós responde
Por que me repetis: “vem por aqui!”?

Cântico Negro (José Régio)

RESUMO

KRODI, P. **Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na prática profissional do analista em unidade de terapia intensiva neonatal**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2009.

Com base nas observações e na escuta de uma analista em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTI Neonatal), um conjunto articulado do saber e do fazer da prática clínica em psicanálise foi sendo construído ao longo do trabalho em um hospital. As situações-limite vividas pelos recém-nascidos, por seus pais e pela equipe de saúde delimitaram uma marca na história desses personagens que por lá passaram. Os conceitos de angústia e de desamparo, buscados na teoria psicanalítica freudiana, possibilitaram uma releitura dos extremos de vida e morte paradoxalmente presentes nesse cenário e em seus personagens: cenário tenso, repleto de conflitos e angústias a serem nomeados, em meio ao desamparo enquanto situação e condição humana. A UTI Neonatal coloca um desafio ao analista que dela escolhe se ocupar, em meio a fios, tubos, apitos, monitores e equipamentos altamente tecnológicos, regras, olhares e proibições. Tomar o bebê e sua família como interlocutores permite uma comunicação que transita do indizível do horror que se vive para o nomeado e passível de (re)significação. O caminho para a construção do papel do analista nesse cenário está apresentado e delineado em seus limites, alcances e possibilidades de atuação.

Palavras-chave: 1. Psicanálise 2. Bebês 3. Saúde 4. Desenvolvimento humano 5. Neonatologia 6. Unidade de tratamento intensivo

ABSTRACT

KRODI, P. **Psychoanalysis, health and human development in the practice of an analyst in the neonatal intensive care unit.** 2009. Master's thesis - Institute of Psychology, University of São Paulo, 2009.

Based on the observations of an analyst in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), an articulated set of knowledge and clinical practice in psychoanalysis has been built through the work developed in a hospital. The situations experienced by newborns, by parents and by the health team mark the history of these people who passed through there. The concepts of anguish and helplessness, researched in Freudian psychoanalytic theory, enabled rereading the extremes of life and death, paradoxically present in that scenario and its characters: a tense scenario, full of conflicts and anxieties to be identified, in the midst of helplessness as a human situation and condition. The NICU poses a challenge to the analyst who chooses to work there among wires, tubes, whistles, monitors, and high technologic equipment, rules, glances and prohibitions. Considering the baby and his/her family as interlocutors allows a special communication that changes the unspeakable horror in which they live into one that can be named and given significance. The path to the construction of the analyst's role in this scenario is presented and outlined in its limits, scope and possibilities of action.

Keywords: 1. Psychoanalysis 2. Babies 3. Health 4. Human development 5. Neonatology 6. NICU

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
1.1 APRESENTAÇÃO.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	21
1.3 À BUSCA DE INTERLOCUTORES.....	23
2 A CONSTRUÇÃO DE UM CENÁRIO:.....	26
3 OS PERSONAGENS PRINCIPAIS	
3.1 O PEQUENO BEBÊ E SEUS PAIS	38
3.2 O DISCURSO MÉDICO.....	50
4 A ANGÚSTIA E O DESAMPARO	56
5 O LUGAR DO ANALISTA.....	71
5.1 O QUE PODE UM ANALISTA NA UTI NEONATAL?.....	76
5.2 A ESCUTA DO INDIZÍVEL.....	80
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
8 ANEXO A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	102

1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa nasceu e se desenvolveu a partir do meu trabalho em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTI Neonatal) dentro de um hospital-escola de pediatria da capital paulista, entre os anos de 2003 e 2008. Lá, encontrei muito a fazer, juntamente com inúmeras questões que se apresentavam conforme a prática em psicologia acontecia.

Não obstante, essa história começou um pouco antes...

1.1 APRESENTAÇÃO

Da Graduação ao Mestrado

Desde a graduação, diversas vezes procurei e encontrei perguntas, dúvidas e indagações sobre a natureza humana e, por conseguinte, o trabalho e a função do psicólogo. Tentar encontrar respostas sempre foi uma busca sem volta. E nessa procura, o que eu encontrava não eram respostas, mas sim novas perguntas. Ao invés de me angustiar ainda mais, o encontro com novas indagações me acalmava a alma.

Por quê? Porque mesmo sem nunca atingir um fim, o percurso percorrido deixava suas marcas em mim. E, quando precisasse, eu sabia onde encontrá-las, mesmo que ofuscadas pelo tempo. Eu conseguia percorrer novamente se não o mesmo caminho, um outro ainda inédito e talvez mais interessante. Afinal, tinha sido com os meus próprios pés que um dia trilhei aquele chão. Aprendi que o importante é continuar caminhando, sem perder a esperança de me encontrar.

Por meio dos mais variados recortes, pude pesquisar, pensar, analisar e discutir o que para mim era absolutamente intrigante: a criança e seu desenvolvimento. O porvir, o que ainda não está determinado, não é rígido nem acabado. A criança é o vir a ser. E com ela, a magia das possibilidades tão vastas quanto os bilhões de seres humanos absolutamente singulares que habitam esse Planeta, chamados sujeitos.

A flexibilidade de ser, de se tornar o imprevisível, aliados às escolhas que o sujeito faz ao longo de sua vida, significavam para mim a verdadeira **liberdade**.

É o que hoje, ao olhar para minha própria história, posso reconhecer como o que sempre me moveu a seguir em frente: estudar, analisar e trabalhar. É a minha própria esperança. Esperança de que o saber, o conhecimento gerado e acumulado pela humanidade possa contribuir para uma vida melhor, para um futuro melhor, para todos nós.

Assim, de acordo com as modalidades pertinentes a cada trabalho, pude pesquisar em Iniciações Científicas, atuar em práticas supervisionadas, dialogando com orientadores, supervisores, professores e autores. O que para mim era mais do que pertinente, era também prazeroso e nutritivo, pois alimentava minha alma curiosa, sedenta por saber.

Após a graduação, sustentei meu desejo de continuar a pesquisar sobre uma prática clínica na qual estivesse inserida. Eu queria me sentir intrigada com as questões formuladas a partir das experiências para então construir meus próprios questionamentos. Assim, inscrevi-me no processo seletivo e cursei um Aprimoramento Profissional em Psicologia Hospitalar em Instituição Pediátrica. Lá, descobri um novo olhar de pesquisa e de trabalho sobre o meu objeto: a psicanálise de crianças e suas implicações com a saúde e a instituição. E a elaboração de uma Monografia formalizando e costurando um pouco do que aprendi entre a teoria e a prática.

Ao final do programa de aprimoramento, procurei me engajar na causa dos bebês, pela qual me aproximei e apaixonei-me durante esse percurso. Entrei em contato com a pesquisa “Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil”, financiada pelo Ministério da Saúde e pela FAPESP, e com a organização não-governamental INFANS – Unidade de Atendimento ao Bebê. Foram os meios pelos quais pude manter a pesquisa e a clínica em psicanálise de bebês para além do meu tempo no hospital.

Após o aprimoramento, ingressei como psicóloga em uma clínica particular de internação psiquiátrica de adultos. Com o olhar da psicanálise, pude me beneficiar da experiência de profissional de saúde nessa instituição bastante peculiar. Aproximei-me das relações familiares e do paciente chamado psiquiátrico, incluindo suas relações com a maternidade.

Paralelamente ao trabalho na clínica de psiquiatria, mantive minhas atividades como monitora da pesquisa de Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil em um Centro de Saúde-Escola, entre os anos de 2003 e 2007. Nesse projeto,

participava de uma equipe composta por psicanalistas de todo o Brasil que confeccionou um instrumento a partir do saber da psicanálise para ser utilizado por pediatras. Assim, nas consultas rotineiras de acompanhamento, o pediatra poderia recorrer a um instrumento que sinalizasse a necessidade de encaminhamento (precoce) das crianças que manifestassem sinais de risco psíquico. (BERNARDINO, 2006; LERNER; KUPFER, 2008).

Além do contato com crianças e pediatras em instituição de saúde de atenção primária, participei de seminários, encontros, reuniões para discutir as análises dos dados e o rumo dos trabalhos, todos sempre muito férteis. Um pouco mais tarde, o grupo de pesquisadores organizou uma coletânea de livros sobre psicanálise e infância, na qual, posteriormente escrevi um capítulo contando minha experiência clínica e minhas reflexões acerca de cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. (KRODI, 2008)

Afinal, no ano de 2005, havia retornado ao mesmo hospital pediátrico em que cursei o Aprimoramento Profissional, mas agora em uma nova condição: psicóloga concursada, contratada e convidada a atuar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Essa destinação, longe de ser aleatória, concretizava a escolha de me ocupar daqueles que ainda são o vir a ser. Meus colegas de trabalho conheciam meu interesse e acompanharam, pelo menos por um tempo, meu percurso com os pequenos pacientes.

Assim chegando novamente ao hospital, fui apresentada brevemente para a chefe da UTI Neonatal que se encarregou de apresentar a rotina da unidade e uma parte da equipe. Como toda UTI, as equipes se dividiam em uma intrincada e trabalhosa escala de turnos de trabalho para suprir diariamente 24 horas de

cuidados intensivos na unidade e, na medida do possível, contemplar as demandas pessoais dos profissionais que ali trabalhavam. Só esse fato é suficiente, penso eu, para esclarecer quão difícil era conhecer as pessoas com as quais eu travaria um trabalho tão delicado. Mais tarde pude perceber que essa dificuldade não era apenas minha.

Rapidamente apresentada à unidade e à chefia da UTI Neonatal, eu sabia pouco, quase nada do funcionamento daquele lugar. Como quem chega à casa de outro alguém, cheguei com cuidado, observando e perguntando, também aos poucos, o que não entendia. Em minha observação solitária, as interrogações só faziam crescer. E a possibilidade de compartilhá-las, com um outro alguém, parecia muito pequena: todos ali sabiam muito.

Conheciam muito bem o que faziam, estavam na casa há muito tempo. Alguns desde a inauguração da unidade. Médicos assistentes, enfermeiros e fisioterapeutas eram especialistas no que faziam: cuidar de pequenas crianças que se encontravam em “maus bocados”. Reuniam-se diariamente entre os iguais: médicos assistentes com médicos residentes nas chamadas visitas médicas que aconteciam três vezes ao dia. Enfermeiros com enfermeiros nas passagens de plantão, duas vezes ao dia. Fisioterapeutas com fisioterapeutas nas trocas de turno, também duas vezes ao dia, e instrumentadas com um fiel e exclusivo caderninho em que faziam anotações importantes sobre os pequenos, para além do que escreviam nos prontuários. E eu só, observando, tentando apreender, compreender e quiçá entender o que via e ouvia.

Eu fui a primeira e única psicóloga a trabalhar na unidade até então. Antes de mim, os atendimentos eram solicitados pela equipe da UTI Neonatal e realizados

pontualmente por uma psiquiatra infantil do hospital que, por sua vez, era encarregada de outras tantas funções. Algum tempo antes havia uma psicóloga que cumpria horas de estágio observando bebês e suas famílias, como parte dos requisitos para concluir sua formação em psicanálise. Um profissional da área “psi” lá dentro, na unidade, diariamente com a equipe nunca houve. Ninguém sabia o que isso significava, nem eu.

Os primeiros contatos que me dirigiam vinham dos médicos assistentes, exclamando animados que eu poderia traçar perfis de mães de crianças com determinadas patologias. E eu, ainda que familiarizada com o hospital no qual havia trabalhado por um ano, iniciava com a dúvida de como responder a esse pedido que não coincidia com meu desejo de trabalho sem fechar definitivamente as portas para o estabelecimento de uma demanda? Fosse minha proposta de trabalho qual fosse, definitivamente não seria aquela e ainda assim, era com aqueles médicos que eu trabalharia.

Como me inserir nessa equipe? Como deixar o lugar solitário e enigmático de quem entra e sai da unidade sem obedecer à escala, sem rotinas pré-estabelecidas e sem pares para discutir os casos?

Os colegas do Serviço de Psiquiatria e Psicologia se encontravam formalmente uma vez por semana. Reunião na qual discutíamos desde questões administrativas, burocráticas, políticas da instituição a manejos de casos clínicos. Cada um bastante envolvido com o próprio trabalho construído e aprimorado ao longo dos anos no hospital. Ali, todos também sabiam muito bem o que faziam, pois o faziam há muitos anos. Procurei expor minhas primeiras impressões dessa nova

função entre os pares. Falei, discuti e ouvi bastante. Mas ainda não me bastava. As questões eram muitas, eu me inquietava e não conseguia recortá-las:

Será possível o trabalho analítico em uma UTI Neonatal? Será esse trabalho diferente do trabalho em hospital geral? O que cabe ao analista em equipe multidisciplinar nessa unidade? A sensibilização e reconhecimento de um outro discurso que não o médico sobre o orgânico? O que implica olhar para o bebê que não com o olhar de quem vê um “bife com olhos” e bactérias?

Será seu trabalho garantir que, para além da sobrevivência orgânica, o bebê e sua família sobrevivam psiquicamente a essa passagem pela UTI? Ou será papel do analista atender ao pedido médico de “fazer calar o paciente”? Análise na urgência e não no après-coup? Que clínica é essa? De qual psicanálise estamos falando?

Será que colocar palavras onde só há ilusões e desilusões tem efeito na condição do bebê, de seus pais e no seu desfecho? Quais são as modalidades pertinentes de trabalho analítico nesse contexto?

O trabalho e as dúvidas só faziam crescer...

Do ponto de vista da constituição do sujeito e do circuito pulsional, o que a psicanálise tem a dizer sobre os bebês prematuros? Já que o bebê pré-termo é uma criança imatura do ponto de vista orgânico, será que há um psiquismo próprio a essas crianças? Ou o psiquismo do bebê prematuro está em suspenso, à espera de sua maturação? E os pais, qual a possibilidade deles exercerem as funções materna e paterna nessas circunstâncias, em meio ao saber técnico?

Quais são as marcas psíquicas da passagem pela UTI Neonatal, no psiquismo da criança ou dos pais? O que acontece depois da alta do bebê? Como é possível saber sobre seu bebê e maternar, se na UTI quem sabia cuidar do bebê era a equipe de saúde? Quais são as marcas da incompetência da mãe em levar até o fim a gestação em oposição à competência da equipe em manter vivo um bebê prematuro fora do corpo humano?

Aos poucos, fui esculpindo, dilapidando e retirando tudo aquilo que não era. E, enfim, elegi uma questão.

A pergunta que foi possível ser formulada a partir das inúmeras questões que se apresentavam era: Qual era enfim o meu trabalho como analista na UTI Neonatal?

Acompanhavam essa indagação as minhas dúvidas sobre as possibilidades, os limites e o alcance do meu trabalho junto aos recém-nascidos, suas famílias e os profissionais de saúde que deles se ocupavam na dura e fundamental tarefa de ajudá-los a viver.

Questão tão simples e ao mesmo tempo paradoxalmente surpreendente para aqueles que se deparavam com ela. Quando alguém me perguntava o que eu fazia, eu respondia que era uma psicóloga que trabalhava na UTI Neonatal. Seguiam-se então duas reações sempre recheadas de expressões de surpresa e espanto: “Mas o que você faz lá? Ah, você conversa com os pais, né?”, ou ainda: “Mas então você é uma psicóloga de bebês?!”

Eu mesma tinha dificuldades em responder de modo sintético, didático e esclarecedor o que afinal eu fazia ali.

A partir do convite feito e aceito para atuar na UTI Neonatal, o seguinte desafio: qual a minha função? Quais são os papéis que posso aceitar e o que está fora de meu alcance? Quais são as contribuições para esse lugar?

Há pelo menos dois níveis de reflexão para essas perguntas:

- ✓ o lugar, o papel e a articulação do psicanalista em uma equipe multidisciplinar inserida na instituição de saúde
- ✓ no âmbito da clínica, a experiência analítica e o desafio que a UTI Neonatal propõe ao seu trabalho.

Fui então pesquisar, perguntar para outros colegas da área “psi” que trabalhassem com bebês ou em instituições de saúde e comecei a ler o que encontrava de alguma dessas vertentes. Novamente as minhas perguntas me encaminhavam para uma busca, mas também para um feliz reencontro.

Assim, foi nesse lugar tão denso, enigmático e rico de sentidos quanto árduo de ocupar, que escolhi desenvolver um projeto de pesquisa. Ao mesmo tempo em que chegava bastante interessada para o trabalho, com várias idéias e propostas, observava rotinas e ritmos bastante particulares daquele cenário. Sons, cenas e falas que me deixavam sem palavras.

A UTI Neonatal é o lugar que condensa meus interesses, que me intriga e me move a destrinchar questões como a constituição do sujeito, a psicanálise na instituição de saúde, seus profissionais e a especificidade do analista naquela unidade. Enigmas que desejei estudar, analisar e finalmente formalizar em uma pós-graduação *stricto sensu*, norteadas pelo referencial teórico psicanalítico. Ou os decifrava, ou talvez seria devorada por eles.

1.2 OBJETIVOS

A pesquisa “Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na prática profissional do analista em unidade de terapia intensiva neonatal” realiza reflexões éticas pertinentes sobre: 1) A UTI Neonatal, ambiente hospitalar por excelência, que exige a reflexão sobre as relações entre os profissionais, os pacientes e a tecnologia; 2) A clínica com bebês, momento do desenvolvimento humano no qual a intersubjetividade se faz primordial; pensada do ponto de vista da psicanálise a respeito da constituição do sujeito e o trabalho específico de intervenção do analista; e 3) A intervenção psicológica em instituição de saúde, com o referencial teórico da psicanálise, refletir sobre a especificidade dessa atuação, seus impasses, suas implicações e suas contribuições para a instituição.

Em termos acadêmicos, as produções científicas desenvolvidas acerca da hospitalização precoce do bebê giram em torno de estudos exploratórios sobre a vinculação mãe-bebê durante a internação, avaliação de sinais de stress, depressão e ansiedade em mães de bebês internados, aspectos maternos relacionados ao parto prematuro, articulações entre as diferentes práticas clínicas e o referencial teórico da psicanálise, as competências do bebê, a vinculação afetiva pais-bebê e a teoria do apego, entre outros aspectos.

Importantes trabalhos de pesquisa têm sido realizados principalmente pela enfermagem em UTIN como aplicação e medidas de escalas de dor em recém-nascidos, o aumento da produção de leite humano com o contato pele a pele mãe e bebê, investigações sobre as fantasias dos pais a respeito de seus bebês internados, cuidados e experiências com bebês prematuros e o aleitamento materno, por exemplo.

Por todas essas razões, o trabalho do analista na UTIN é uma clínica nova que se oferece como um enigma a ser decifrado. A reflexão sobre esse lugar, suas implicações, limites e alcances se faz indispensável no momento em que se abre a possibilidade de trabalho ao analista. Questão absolutamente contemporânea que se coloca pelos avanços tecnológicos recentes alcançados pela Medicina e pela formalização de uma clínica específica de bebês dentro da psicanálise (CORIAT, 1997; CRESPI, 2004; JERUSALINSKY, A. et al, 2004; NAKAGAWA, 2006; TEPPERMAN, 2003).

Não obstante, essa articulação não tem se refletido expressivamente em pesquisas e publicações, principalmente acadêmicas. O caráter original desse trabalho científico é mais um indício da recente e tímida inserção do psicanalista nas UTIN e marca a oportunidade histórica para desenvolvê-lo. Enfim, parodando Moretto (2002), autora que inspirou essa Dissertação, essa pesquisa pretende lançar luz sobre “O que pode um analista na UTI neonatal?”.

1.3 À BUSCA DE INTERLOCUTORES

Uma nova pergunta a partir das minhas necessidades se fazia fundamental: quais outros interlocutores procurar para discutirem comigo essas minhas formulações?

A minha escolha foi por buscar pares dentro da universidade, com os quais eu pudesse dialogar, parceiros que compartilhavam comigo da mesma visão de sujeito. No cotidiano do hospital, em diversas situações eu me deparava com a necessidade de sustentar de forma solitária o meu discurso, na contramão de muitos de meus colegas. Essa sustentação era necessária e imprescindível para o meu trabalho e para a minha sobrevivência na instituição enquanto analista na UTI Neonatal.

Portanto, resolvi recorrer ao que de mais familiar tinha nessas terras, para mim também estrangeiras: minha casa de formação, o Instituto de Psicologia da USP. Foi assim que cheguei até aqui. Essa é a história desta Dissertação. E também é a minha história enquanto sujeito, pessoa, psicóloga e pesquisadora. Não desistiria de continuar caminhando no campo do conhecimento.

Ingressei no programa de pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Ao longo desse tempo de formação, encontrei os pares para as interlocuções necessárias, para a ampliação do pensar, do diálogo, do escrever, para constituir um modelo de produção de conhecimento e uma metodologia de trabalho na minha área de atuação junto aos bebês na UTI Neonatal.

No encontro com os interlocutores, fui organizando os vários capítulos da Dissertação como resultado das minhas participações nos encontros das aulas dos cursos de pós-graduação. Foram construções e reconstruções em torno do tema, em atividades como seminários, pesquisas e trabalhos de campo. As perguntas dos colegas e professores me ajudavam a localizar o que ainda não estava claro para responder às formulações propostas.

Além disso, o fato de estar em um hospital-escola onde as aulas fazem parte da tarefa profissional, bem como o atendimento aos pacientes, pode ser considerado um privilégio que também se incorporou à minha formação nesse tempo. Assim, pude desde o início das atividades da pós-graduação, exercitar o desafio de transmitir os conhecimentos adquiridos nesses dois setores de desenvolvimento, prático e acadêmico, junto aos profissionais das áreas de enfermagem, fisioterapia e medicina.

Como resultado dessa caminhada, apresento esta Dissertação de Mestrado. Tratem-se dela, então, de agora em diante.

A organização desse texto baseia-se em uma seqüência lógica de elementos analisados inicialmente separados apenas para fins didáticos. Tal seqüência foi recortada e reconstruída mais de uma vez e, portanto, aprimorada ao longo desse tempo de pós-graduação.

Para familiarizar (ou apenas aproximar?) o leitor de algumas vertentes da problemática que tratamos nessa Dissertação, construiremos o cenário desse trabalho no capítulo 2, analisando aspectos gerais que marcam as unidades de terapia intensiva.

No capítulo 3, trataremos dos diversos personagens desse cenário, o tripé: o pequeno bebê, seus pais e o discurso médico. Aqui, está a reflexão sobre o cuidado em uma UTI Neonatal e o nascimento de uma criança atravessado por extremos de vida e morte.

A teoria freudiana da angústia e o conceito de desamparo foram de grande ajuda para a construção da leitura do cenário e dos personagens da UTI Neonatal. Portanto, esses conceitos serão trabalhados no capítulo 4.

As hipóteses acerca do papel do analista na instituição de saúde, sua função, seu alcance, suas possibilidades e seus limites serão discutidas no capítulo 5.

No capítulo 6, o recorte de algumas cenas e casos clínicos que só a clínica é capaz de ilustrar de forma soberana a pergunta inicial dessa pesquisa.

Finalmente no capítulo 7, tecemos algumas considerações finais sobre as hipóteses de trabalho do analista em uma UTI Neonatal. Hipóteses oriundas das construções que essa Dissertação de Mestrado acompanhou ao longo da prática clínica.

2 A CONSTRUÇÃO DE UM CENÁRIO

Vamos começar esse capítulo analisando alguns aspectos das unidades de terapia intensiva que podemos recortar a partir da figura abaixo (ver **figura 1**).

Figura 1- Leito em uma unidade de terapia intensiva pediátrica

Ao observar a **figura 1**, podemos notar a presença maciça e marcante de máquinas, fios e tubos ao redor da pequena criança. Na verdade, mal podemos vê-

la ao centro do berço. Ela poderia até mesmo passar despercebida em uma rápida passagem de olhos na figura. Definitivamente, não é a criança que prende a atenção do observador.

Tal imagem está bastante distante daquela que nos vem à cabeça quando pensamos em um lugar específico para crianças pequenas, como um quarto infantil ou mesmo um quarto de bebê.

Evidentemente, tais aparatos são, nesse momento, essenciais na tentativa de ajudar o pequeno infante a sobreviver fisicamente. De modo algum estamos questionando a pertinência da tecnologia médica ou mesmo afirmando que poderia ser diferente. Uma análise dessa natureza caberia à ordem médica e não à função de analista. Para o analista deve bastar a premissa de que se houve indicação, ela é necessária.

Há a prerrogativa da vida e a conseqüente missão da equipe de saúde para alcançá-la. A finalidade maior é o diagnóstico e a terapêutica, sendo o ato médico o seu núcleo central, com ênfase nos aspectos biológico e curativo do cuidar (GAIVA; SCOCHI, 2004).

A nossa proposta é que apenas constatemos que essas características existem e que, de fato, são importantes. Portanto, devem ser levadas em consideração, especialmente quando nos referimos ao melhor tratamento possível para o paciente, eticamente o foco principal de toda discussão da área de saúde.

Voltemos à análise das características das unidades de terapia intensiva. Frequentemente, elas são conhecidas pela presença constante e paradoxal de sentimentos como dor, sofrimento, alegrias, tristezas e extremos de vida e morte

convivendo lado-a-lado. Literalmente ao lado, no leito vizinho, ao alcance de seus olhos. Essa convivência de situações e sentimentos tão opostos entre si, obviamente, não poderia ser harmônica ou sequer pacífica.

A proximidade física dos leitos, a necessidade de supervisão constante, que implica fácil acesso e visibilidade do paciente e as avaliações freqüentes por parte da equipe limitam enormemente a privacidade das pessoas. A intimidade do corpo, as relações e até mesmo as dificuldades familiares ficam expostas, vulneráveis ao olhar e à crítica alheias. Igualmente expostos estão médicos e enfermeiros que permanecem, por vezes, 24 horas seguidas dentro desse ambiente fechado e permanentemente vigiado. Seus gestos, falas e olhares também são alvos e fonte de desentendimentos com os pacientes e seus familiares.

São muitas as variáveis controladas em uma unidade de terapia intensa. Aspectos como luminosidade, temperatura, umidade, funcionamento de aparelhos e baterias, conferência das dosagens de medicações de cada paciente, restrições à alimentação e à locomoção são constantemente verificados. Além da supervisão da lavagem de mãos, da higienização do ambiente e de seus objetos, do controle de pragas e insetos, e da distribuição dos leitos de acordo com a gravidade e risco de contaminação dos pacientes.

Com a necessidade de supervisionar, verificar e cuidar desses vários aspectos, podemos fazer a leitura da unidade de terapia intensiva como a clínica do olhar. Tudo e todos estão bastante expostos ao olhar do outro, em tempo integral. Crianças, pais, médicos, enfermeiros, prestadores de serviços e visitantes.

A exposição dos vários personagens desse cenário é tamanha que algumas mães, eventualmente impossibilitadas de permanecer todo o período na unidade,

fazem pactos com os familiares de outras crianças. Criam-se redes de comunicação, às vezes sustentadas pela marca que os une: a permanência de um filho na UTI; outras pela desconfiança em relação aos cuidados dirigidos à criança. E assim, sentem-se como se estivessem no controle e na supervisão dos cuidados, mesmo à distância.

Essa forma de cuidado poderia ser entendida como o que resta a uma família que não detém o saber do que é necessário para a sobrevivência orgânica da criança. Os cuidados maternos, que aparentemente, podem pouco em uma situação grave, de internação em unidade de terapia intensiva, podem encontrar esse caminho como uma forma de existir.

No entanto, é bastante comum presenciar cenas em que a família literalmente fiscaliza os cuidados técnicos da equipe como medição de temperatura, troca e higienização da criança, e especialmente procedimentos dolorosos como as punções venosas ou as coletas de sangue. A necessidade da picada de uma agulha desperta na família algo da ordem do insuportável. Muitas vezes, são várias picadas já que os pacientes precisam do uso constante de medicação endovenosa e o tempo de internação faz com que as veias “sequem”, dificultando o acesso.

A equipe de saúde, principalmente a enfermagem por ser encarregada dessa função, pode contar vários episódios em que familiares chegam a arrancar das mãos do profissional as agulhas ou seringas, inclusive correndo o risco de se ferir. Para a equipe, esse é um momento de muita tensão. O olhar atento e vigilante do familiar torna o procedimento muitas vezes mais difícil. O profissional sente-se “obrigado” a ter sucesso nas primeiras tentativas. Um meio que encontraram para manejar essa dificuldade foi convidando os familiares a se retirarem durante o procedimento

doloroso. No entanto, não são todos os familiares que aceitam ficar de fora desses procedimentos.

Ver a expressão de dor ou as marcas roxas nos membros, pescoço e cabeça são realmente insuportáveis. Mesmo quando o que se passa dentro do paciente, aquilo que a medicação visa combater, uma infecção generalizada, um tumor ou algo dessa ordem, seja muito mais grave. Talvez porque as picadas deixam marcas na superfície do corpo, na pele, no maior órgão do corpo humano, que tem a árdua tarefa de separar o eu do mundo.

Alem das múltiplas marcas no corpo, nas unidades de terapia intensiva, convivem pessoas de amplas diversidades sociais, econômicas e culturais, além de diferentes faixas etárias e momentos particulares da vida. Para algumas, a internação em uma unidade de terapia intensiva é mais um episódio ao longo de uma história marcada pela cronicidade. Para outras, pode ser a marca inaugural e indelével de um caminho sem volta, momento diferencial de agravamento de uma doença degenerativa, por exemplo. Ou ainda, a entrada em uma unidade de terapia intensiva pode ser um evento único, registro de uma situação aguda, sem equivalência em suas próprias histórias. Todas essas diferenças dividindo diariamente um espaço bastante delimitado e cheio de regras.

Em toda nova situação, disparamos um alarme interno de que há um perigo a nosso redor: a angústia (ver **capítulo 4**). Alarme ainda mais intenso quando existe, de fato, uma ameaça à própria vida. Olhos e ouvidos permanecem constantemente bem abertos, atentos a quaisquer estímulos do ambiente. Instintivamente, nossas percepções são aguçadas e as sensações ficam à flor da pele. É a própria sobrevivência que está em jogo.

Qualquer olhar, comentário ou mesmo sussurro de um membro da equipe pode desencadear reações de desespero, oriundas de hipóteses, por vezes fantasiosas, daqueles que ali esperam ávidos por (boas) notícias. Ou confirmar imaginariamente suas próprias teorias acerca do que se passa.

Certa vez, eu estava junto à mesa dos médicos quando se aproximou a médica de outro setor do hospital e perguntou: “Ainda não morreu?”, iniciando uma conversa com a médica da UTI Neonatal. Pouco depois, ao atender a mãe de um bebê internado, ela, a mãe, me diz: “Você ouviu? Essa médica atendeu meu filho no pronto-socorro e ficou espantada em saber que ele ainda está vivo! Eu acho isso um absurdo, uma falta de respeito!”. Quando eu lhe questiono se a tal médica estaria mesmo a falar do filho dela, uma vez que o hospital é muito grande, para ela não há dúvida. E nada que eu pudesse dizer ali, além da simples interrogação que havia feito, tiraria a certeza daquela mulher. Não naquele momento.

No hospital-escola, em que para além da assistência caminham juntos ensino e pesquisa, a existência de médicos residentes e as visitas médicas geram profícuas brechas para que essas “certezas” sejam alimentadas. As discussões entre os membros da equipe médica acerca do paciente, sua patologia, condutas, possíveis complicações e prognósticos freqüentemente ganham por parte da equipe a conotação de uma explicação teórica a respeito da doença, para além do paciente que ali se encontra. Para a família ou para o próprio paciente essas palavras que escutam confirmam suas certezas imaginárias que estão a tratar dele e de seu destino.

A equipe médica decide, então, realizar suas visitas à parte da presença de familiares, uma vez que sabem que a explanação pode, de fato, extrapolar o caso ali

presente e conhecem os prejuízos decorrentes desse desentendido para a relação com o paciente. Estão cientes de que isso acontece, mas ignoram ou desconsideram a motivação para tal.

Com essa decisão de realizar as visitas médicas sem a presença dos familiares, ouvimos recorrentemente, por parte da família da pessoa internada, que a **verdade** não lhes é comunicada. Que a **verdade** acontece ali, na reunião entre os médicos. Ali onde não estou.

Essa outra “certeza” tem a mesma origem na angústia que arregala olhos e ouvidos dos familiares em unidade de terapia intensiva. É essa angústia que também os faz acreditar que algo bastante precioso lhes é subtraído, roubado, que algo lhes escapa.

Não é falta de informações ou de conhecimentos técnicos. É a vivência da situação extrema que propicia, de forma mais intensa, o encontro com o que não sabemos a respeito de nós mesmos. Essa é a maior contribuição de Freud de toda sua obra: existe algo em nós, humanos, que não dominamos. É por meio dessa descoberta que ele postula o inconsciente e entra para os grandes pensadores da história.

Entre o que nos escapa ao domínio está a própria morte, ainda que saibamos de nossa condição mortal, de nossa finitude. As unidades de terapia intensiva talvez sejam simbolicamente o que de mais concreto nos aproxima da certeza de nossa própria morte. Afinal, em uma unidade de terapia intensiva, a morte é sempre uma possibilidade e, por vezes, o fim de um longo processo.

Durante o último século, a medicina vivenciou um desenvolvimento sem precedentes em sua história milenar. A mortalidade infantil, bastante freqüente até algumas décadas atrás, tornou-se cada vez mais uma exceção

Os avanços tecnológicos da medicina permitem hoje prolongar a vida, adiando a morte. Atualmente, nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), muitas crianças podem sobreviver às condições adversas de seu nascimento graças a essas conquistas no campo da tecnologia. Os profissionais de saúde continuam se especializando cada vez mais nessa tarefa e graças às suas conquistas, colocam em questão as definições de vida e de morte no transcorrer da história da medicina.

Além do médico e do enfermeiro, uma equipe multidisciplinar foi convocada para atuar nessas unidades: fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e, mais recentemente, psicólogos e psicanalistas. Aparelhos, medicamentos, aparatos, procedimentos e cursos de especialização foram criados para suprir essa nova especialidade: os cuidados com bebês prematuros, malformados ou com doenças congênitas graves. A **figura 2** ilustra essa especialidade com um retrato típico de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (ver **figura 2**).

Figura 2 – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

São 11h05 de um dia qualquer e as auxiliares de enfermagem estão no trabalho técnico e assistencial de avaliação, manuseio e cuidados prescritos para com um dos recém-nascidos da unidade.

Os equipamentos necessários fazem parte de uma tecnologia empregada para a manutenção da vida desses bebês. É nesse cenário que acontece o encontro entre os recém-nascidos e suas mães, da equipe de saúde com os bebês e com seus familiares. Um contexto onde uma profusão de idéias, sentimentos, pensamentos e desejos, ocorrem no meio de um aparato tecnológico que envolve a chegada do bebê.

À miscelânea de sentimentos e emoções que acompanham todo nascimento, as famílias encontram-se em meio a aparelhos, fios, vidros, apitos e monitores. A presença da tecnologia na UTI Neonatal vai, aos poucos, sendo interpretada pelas mães como elemento primordial para a recuperação de seus bebês.

Atualmente, a hegemonia da técnica coloca em questão a ética e os efeitos da técnica, tendo os meios como superiores aos fins. O modelo das Ciências Biológicas e da Medicina, o Pragmatismo, visa à transformação da realidade. É o conhecimento tecnológico, o modo de fazer, as técnicas passíveis de domínio e transmissão.

Os desafios aos profissionais de saúde estão no âmbito da ética e não da técnica. Suas indagações incidem sobre as questões éticas que envolvem a utilização ou não desses recursos para prolongar a vida e, assim, adiar a morte. Portanto, além do conhecimento técnico necessário para manusear todo o instrumental desenvolvido, faz-se necessária uma reflexão sobre essa prática.

A tecnologia enquanto derivada da técnica e não da teoria se configura como um exercício de poder que retira o homem do contato com a natureza. A Filosofia é substituída pela Cibernética. A Medicina se vê diante de um retorno inevitável à sua essência: o resgate e o respeito do humano para o humano. Para Clavreul (1983), a exclusão da subjetividade é uma via de mão dupla: o paciente passou a ser objeto da Medicina e o médico, apenas o representante do discurso e da ordem médica.

O resgate do humano nessa relação ressurge como fundamental e transparece em projetos, leis e premiações intituladas “iniciativas de humanização”, “hospital amigo da criança” entre outras. A tentativa é de retirar o paciente do papel de coadjuvante ou *loco* onde a tecnologia pode operar e acontecer. Com a tecnologia médica de ponta, a singularidade de cada sujeito perdeu-se no anonimato.

A equipe, por sua vez, não tem preparo para poder lidar com as emoções e sentimentos mobilizados. Diante da tecnologia avançada, de inúmeros aparelhos e

procedimentos, sobra pouco espaço para pensar, refletir e até mesmo falar sobre o que se vive.

Martins e Ramalho (2007) afirmam que a equipe está em contato íntimo e contínuo com as situações mais temidas pelo ser humano: doença, dor, sofrimento, desamparo e morte. O fenômeno do adoecer coloca os profissionais de saúde em contato com a fragilidade e a vulnerabilidade humanas e as expressões psicológicas de medo, pânico, depressão, revolta, desconfiança, agressividade e tantas outras.

Segundo os autores, na relação com o paciente e sua família, pode haver projeção, na pessoa do profissional, de fortes sentimentos de raiva e hostilidade, derivados da impotência diante da doença. O desejo de pacientes e familiares é de certezas e garantias.

A equipe de cuidados está sujeita à Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de Burnout, caracterizada pela exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional. A experiência frente à presença constante daquilo que não é representável, a morte, é uma vivência de intensa angústia para todos que se encontram em uma unidade de terapia intensiva.

Para Catão (2002), no trabalho em UTI Neonatal o desconforto e o mal-estar dos profissionais advém do confronto constante com o real inominável. Sendo a morte o maior fantasma das UTIs, é preciso evitá-la a qualquer custo. Entretanto, o medo da morte, apesar de estar maciçamente presente em todas as condutas, não pode ser nomeado. As incubadoras vazias pelos óbitos, ocorridos freqüentemente no período noturno, são rapidamente preenchidas por novos bebês, sem que se possa falar do investimento da equipe naquele bebê e da dor de perdê-lo.

Para a autora, o medo da morte pode ter efeitos positivos em uma UTI se for levado em consideração e se encontrar um lugar em que possa ser dito. O tempo e o investimento que a equipe dedica a um bebê são enormes e demandam um tempo de luto quando a criança morre.

E quando o perigo de morrer ronda o pequeno bebê que acabou de nascer, marcado por extremos de vida e morte? No capítulo seguinte, analisamos questões importantes para os personagens principais desse cenário: o bebê, seus pais e o discurso médico.

3 OS PERSONAGENS PRINCIPAIS

O nascimento de uma criança normalmente vem anunciar o “espetáculo da vida” e não a possibilidade de morte. No entanto, pouco se sabe sobre os bebês antes deles chegarem ao mundo. Os diagnósticos fetais, cada vez mais sofisticados, nem sempre permitem a precisão e a clareza necessárias para a tomada de decisões logo ao nascimento. Muitas vezes o diagnóstico de uma malformação importante ou sua gravidade só acontece ao nascimento ou muito depois disso. Pais e equipe precisam de um tempo, por vezes demasiado longo, para conhecer o bebê, suas dificuldades, seus sinais e sintomas.

3.1 O PEQUENO BEBÊ E SEUS PAIS

O bebê que nasce com alguma doença é um vir a ser, do qual, geralmente não se tem clareza ou precisão de sua condição, suas limitações e restrições. O diagnóstico, quando existe, vem acompanhado das notícias corriqueiras sobre as condições do nascimento. Os ataques múltiplos ao corpo do bebê e o impacto do diagnóstico podem fazer com que os pais se sintam impedidos de se aproximar

física e psiquicamente do filho, de reconhecer seus traços nessa criança e de investir libidinalmente nesse bebê. O luto comum a todo nascimento, do bebê idealizado durante o tempo da gravidez ao bebê que se tem, o bebê da realidade (ver **figuras 3 e 4**), pode ocorrer tanto ao nascimento quanto no momento da descoberta de um diagnóstico fetal.

Figura 3 – O bebê idealizado

Figura 4 – O bebê da realidade

Quando a criança que nasce precisa permanecer sob cuidados médicos intensivos em uma UTI Neonatal, esse luto pode ser intensificado ou até mesmo impossibilitado. E então, como ficam os cuidados maternos com esse bebê que nasce antes da hora e/ou cercado de cuidados médicos essenciais para sua sobrevivência?

Winnicott (1960) postula um tempo de construção psíquica que possibilita ao bebê um existir no mundo e uma estrutura primitiva de self que tem na capacidade de *holding* materno a sua continuidade e desdobramentos. Para ele, são três funções as da mãe: segurar (*holding*), manipular (*handling*) e apresentar o objeto.

Winnicott (1969) chama de "preocupação materna primária" o estado especial, o qual a mãe desenvolve, ao longo da gravidez, para se preparar para a chegada do bebê, a partir das inscrições primeiras de sua própria experiência infantil, com sua mãe. Esse processo acontece por meio de um "adoecimento" no qual a mulher volta-se para si mesma e para seu bebê. E só é possível se a mãe for suficientemente saudável para mergulhar nesse estado e depois retornar dele, quando o bebê a liberar. É esta "doença normal" que capacitaria a mulher a se adaptar delicada e sensivelmente às necessidades iniciais do bebê.

Para Aragão (site) há dois momentos marcantes durante a gravidez: a percepção dos movimentos do bebê e a descoberta do sexo da criança. São os movimentos do bebê que trazem consigo a fantasia do estrangeiro, do desconhecido dentro de si e, ao mesmo tempo, permitem à mãe criar significações sobre ele, interpretar seus movimentos, estabelecendo um modo de comunicação entre os dois. A descoberta do sexo do bebê implica carregar um bebê já sexuado o que fecha as possibilidades do jogo imaginário em torno do sexo e orienta mais

nitidamente as fantasias maternas em torno do filho ou da filha. Ao escutar mulheres grávidas, a autora afirma:

Se no começo, por exemplo, a experiência de uma mulher pode ser a de se perceber ao serviço desse ser estrangeiro, ainda que desejado, que se encontra como um invasor no interior de seu corpo, no final da gestação, através de sutis remanejamentos, pode aparecer a possibilidade de organizar para ele um espaço dentro de si, e em sua vida. Mas para isso, um longo percurso, marcado pela ambivalência, deve muitas vezes ser trilhado durante esses meses, percurso imaginário tendo como eixo a história edípica da gestante, retomada, quando em análise, em sua relação transferencial. A produção associativa pode assim revelar o radical remanejamento psíquico que se dá na mulher durante o tempo de espera do filho.

A situação de nascimento, acrescida da experiência invasiva da UTI Neonatal, pode ser considerada uma mudança de curso, um atropelo, que pode ser interpretado como uma falha ou uma descontinuidade. Mathelin (1999) cita especialmente as mães de crianças prematuras que se sentem culpadas por serem incapazes de levar a gestação até o fim. E agora seus filhos precisam do saber e da tecnologia médica para sobreviver. Podemos pensar o mesmo com os pais de crianças malformadas que se sentem impotentes por não terem conseguido gerar um filho saudável. Esse é o ataque cruel e maciço ao narcisismo dos pais.

A relação com a figura materna em sua presença e cuidados restabelece a noção de temporal de continuidade para o bebê e para o seu corpo. É o estado de preocupação e atenção materna, denominado por Winnicott de preocupação materna primária, que permite ao bebê uma sustentação física e psicológica.

Em uma UTI Neonatal, em que a quantidade de variáveis e objetos a serem filtradas pela mãe ou pelo cuidador são potencialmente muito maiores, quais os cuidados que dispensamos ao pequeno bebê?

Gaiva e Dias (2002) discutem que apesar dos estímulos estressantes e dos procedimentos dolorosos serem freqüentes no cotidiano de uma UTI Neonatal, a prevenção e o tratamento da dor não têm recebido a devida atenção dos profissionais de saúde.

Freud (1895), ainda neurologista, já descrevia os mecanismos de memória da dor, a facilitação das vias de condução e a importância da apresentação de um outro objeto que sinalize o fim da dor para os bebês.

Entretanto, ainda hoje, a prevenção e o tratamento da dor não têm recebido a devida atenção dos profissionais de saúde, apesar do desenvolvimento farmacológico dos analgésicos. As academias de Pediatria fazem explicitamente a recomendação para prevenir, reduzir ou eliminar o estresse e a dor nos neonatos.

A Resolução dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado (BRASIL, 1995) assegura, em seu item 7, o direito a não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.

O Manual Técnico da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso – Método Mãe Canguru (BRASIL, 2002) aponta que o recém-nascido pré-termo (RNPT) tem todo o aparato neurológico capaz de perceber estímulos dolorosos, apesar de ainda não ter formado o mecanismo de inibição da dor, ou seja, a sensação de dor é deflagrada e não é interrompida. Assim, podemos deduzir que o bebê prematuro sente mais dor e por mais tempo que qualquer outra criança ou adulto. Devido às alterações químicas e estruturais, pode haver no bebê prematuro uma diminuição do limiar de dor e a exacerbação da percepção dolorosa (hiperalgesia). Essas são algumas das heranças da passagem por uma UTI Neonatal.

O adulto seria o responsável pelas ações específicas que poderiam cuidar do mal-estar que aflige a criança. Se de um lado há quem sofra e de outro quem pode aliviar esse sofrimento, por que então esse hiato? O que houve com a capacidade humana de supor o que acontece com o semelhante e assim, antecipar a sensação dolorosa que provocamos no bebê? Será que os bebês perderam sua dimensão humana, foram objetificados? Ou será que fomos nós?

Com os procedimentos invasivos cada vez mais sofisticados e precoces, pouco se pensou sobre a dor que essas técnicas causavam no corpo da criança pequena.

Até a pouco, não se pensava em analgesia para os bebês, muito menos para os prematuros. Como se esses fossem isentos à dor ou como se não fosse possível a suposição e a antecipação da dor deflagrada por um procedimento doloroso. Paradigma notável do ofuscamento do humano nas práticas médicas contemporâneas e marca indiscutível da situação de desamparo vivida por aqueles que ainda não falam.

No entanto, alguns trabalhos contemporâneos procuram criar escalas de avaliação em recém-nascidos (pré-termo ou de termo), avaliar a percepção, a antecipação e o manejo da dor nesse bebês pelos profissionais de saúde e a eficácia de medidas farmacológicas e não-farmacológicas no tratamento da dor no recém-nascido. O olhar sobre esses pacientes e da pessoa do paciente tem sido ampliados.

Gaiva e Dias (2002) abordam as definições, o reconhecimento, a prevenção e o tratamento da dor pelos profissionais de saúde de uma UTI Neonatal.

Nesse artigo, a definição de dor adotada é de uma sensação desagradável, uma experiência individual e complexa que envolve o organismo como um todo e caracteriza-se pela complexidade, subjetividade e multidimensionalidade. Acrescentam ainda que é uma medida subjetiva para a qual não é possível o acesso direto, portanto, faz-se indispensável a expressão da dor por parte daquele que a sente.

Uma vez que o bebê ainda não pode falar e tem o choro como único recurso para se comunicar, é preciso que os profissionais estejam atentos a outros sinais que expressem dor. Os autores ressaltam a presença de **sinais fisiológicos** como frequências cardíaca e respiratória, pressão arterial, redução da saturação de oxigênio, apnéia, cianose, sudorese e tremores como importantes para essa identificação. E de **comportamentos** que podem expressar dor como o choro, a expressão facial, olhos apertados, boca aberta, sulco naso-labial aprofundado, tremor de queixo, protusão de língua e agitação.

Uma série de sinais físicos e de comportamento modifica-se diante de uma situação dolorosa. Guinsburg et al (1997), notável pediatra brasileira na área de analgesia para recém-nascidos, destacam essas alterações comportamentais desencadeadas que, no conjunto, equivalem ao que denominaram de linguagem da dor nos bebês:

- ✓ Movimento corporal: embora não corresponda a um sinal de forma exclusiva, pois os bebês apresentam uma movimentação espontânea que é natural na sua comunicação, os autores consideram ser esse sinal como apenas uma das letras do alfabeto da comunicação de dor que precisa ser entendido.

- ✓ Mímica facial: considerado um dos elementos principais no estudo da expressão da dor em recém-nascidos, sem que possa fornecer indicadores da qualidade e intensidade da mesma.
- ✓ Choro: parâmetro que é muito conhecido pelos pais. Os autores discutem que há o choro de padrão melódico e com uma frequência definida e aquele relativo à dor. Nesse, a duração é mais intensa, por exemplo. Em conjunto com o movimento corporal, é mais uma importante letra do alfabeto sem se constituir em um sinal decisivo de manifestação da dor.
- ✓ Respostas Comportamentais Complexas: com conseqüente envolvimento de reações emocionais. Os autores dão como exemplo a indisponibilidade para o contato visual e o sono mais prolongado, após intervenções específicas na criança.

Há várias escalas que mesclam parâmetros comportamentais e fisiológicos para a medida de dor em recém-nascidos hospitalizados, prematuros ou não. Destacamos a de Grunau e Grunau (1987) que organizaram uma escala de avaliação de dor e/ ou clínica em geral para recém-nascidos que denominaram de NFCS (Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal) que leva em conta a presença ou a ausência dos seguintes sinais em um total de oito, que podemos observar na **figura 5**:

Figura 5: Expressão de dor

- Fronte saliente
- Olhos espremidos
- Sulco naso labial com aprofundamento
- Boca esticada
- Lábios entreabertos
- Lábios franzinos
- Língua tensa
- Tremor no queixo

Os autores indicam que pontuações em mais de duas categorias já são consideradas um sinal de alerta para a presença de dor.

Das escalas objetivas que auxiliam os profissionais de saúde a caminhar nessas questões que envolvem a dor nos recém-nascidos, buscamos as reflexões da psicanalista Eliacheff (1995). Em seu livro, ela ressalta o quão ativo é o registro do sistema perceptivo da criança em lugar da passividade e da impossibilidade de compreensão às quais eram constantemente atribuídas à criança pequena. No bebê humano, a linguagem é fundamental para a possibilidade de dar sentido às suas percepções, diferentemente do bebê animal que apresenta essa mesma capacidade sem a necessidade da linguagem.

Será que a ausência da fala, característica de todo bebê recém-nascido, a falta de palavras acerca de sua vivência de dor, de algum modo, dificultam a antecipação e a administração de medidas ou drogas analgésicas por parte dos profissionais de saúde?

O artigo de Linhares, Gaspardo e Martinez (2005) faz uma revisão sistemática da literatura entre os anos de 1993 e 2004 sobre a eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos.

Os autores referem que o alívio da dor aumenta a homeostase e a estabilidade dos recém-nascidos. A sugestão é de que as dores intensas sejam manejadas com agentes farmacológicos e as menos intensas, com medidas não-farmacológicas de alívio e prevenção.

A idéia de homeostase nos remete à idéia freudiana do princípio da constância e da busca do re-equilíbrio interno do bebê com a satisfação de suas necessidades por meio de uma ação específica gerada pelo outro (FREUD, 1895).

Voltemos ao artigo de Linhares, Gaspardo e Martinez (2005). Ao revisar os estudos experimentais de avaliação dos efeitos da sacarose no alívio da dor aguda em neonatos, os autores encontraram artigos comparando medidas de alívio farmacológicas e não-farmacológicas para a dor no recém-nascido nas mais variadas combinações. Exemplos: sacarose e glicose; sacarose, leite humano e amamentação; sacarose e sucção não-nutritiva; sacarose e colo; sacarose e creme anestésico, entre outras.

A conclusão desse artigo de revisão é que 2ml de solução de sacarose a 25% administrada por via oral, 2 minutos antes do procedimento doloroso, na parte anterior da língua do bebê é eficaz no alívio da dor para punção venosa ou capilar seja em recém-nascido pré-termo ou recém-nascido de termo.

É interessante notar que há um efeito sinérgico quando a solução de sacarose é administrada juntamente com sucção não-nutritiva, colo e leite humano

via sonda naso-gástrica. Alguns dos estudos revisados encontraram o mesmo dado: o alívio mais eficaz foi proporcionado pela associação da solução de sacarose e a sucção não-nutritiva.

Dado curioso para se reler à luz de idéias freudianas presentes já no texto: “Projeto para uma Psicologia Científica”, de 1895: as barreiras de contato, as vias de condução dos neurônios, a experiência da dor e a experiência de satisfação. Sobre o que vive o bebê em seu corpo, discutimos a vertente biológica do desamparo no **capítulo 4**.

Na minha escuta como analista, pensar no recém-nascido, na sua dor e desamparo, é pensar em uma relação ali estabelecida que está longe do alcance das escalas de dor. Tal escuta apresenta um destaque inevitável para a interdependência do bebê e de sua mãe.

O analista se insere no ambiente da UTI Neonatal e faz a intermediação da relação do recém-nascido com as preocupações e atenções maternas, auxiliando a restabelecer a unidade mãe e bebê. O encontro doloroso com o desamparo existe, mas com a possibilidade de outra significação.

A situação da UTI Neonatal é de instabilidade, a imprevisibilidade e perigo de morte iminente dos bebês. No entanto, a velocidade com que um volume enorme de informações, complicações e fatores imprevistos acontece, de forma acumulativa, nem sempre permite aos pais se angustiarem. A preparação para o perigo, a angústia como emissão de um sinal de alerta pode ficar bastante comprometida.

Muitas vezes, as notícias não são mediadas pela palavra, mas sim, chegam direta e bruscamente pelo olhar. Como exemplo, podemos pensar nos bebês que inadvertidamente nascem malformados ou na prescrição médica de um parto

premature. Os pais podem então viver o terror/pavor e entrar em estado de angústia automática. Outras vezes é o medo que marca a relação entre pais e bebê: o medo do diagnóstico ou de suas seqüelas para a criança e para a vida daquela família.

A mãe vive a angústia de separação de forma brusca e o bebê é inserido dentro da realidade de uma incubadora que não contempla suas demandas psíquicas. A preocupação, como aponta Moreira (2007), é de oferecer ao bebê melhores condições para o desenvolvimento do sujeito humano e elaborar uma parcela do trauma sofrido apesar de sua história de dor.

Por que pensar em angústia na UTI? Por nos parecer que ela seja um caminho para ampliar as possibilidades de compreensão e ação mais humanizadas. A angústia nos remete à concepção de afeto nas relações estabelecidas em torno do bebê e sua doença. Permite-nos uma discussão se a experiência traumática do nascimento e da UTI Neonatal introduzem o bebê e seus pais, de fato, em um campo de pura angústia.

Os pais estão diante do desamparo enquanto condição humana, comum a todos os seres falantes e faltantes, mas também estão diante da situação de desamparo vivida por seus filhos. O que, por sua vez, faz ressurgir neles sua experiência enquanto bebê desamparado.

Podemos retomar a realidade da UTI Neonatal como lugar privilegiado de desamparo, conforme permite interpretar nossa posição de observador. Desamparo em suas duas dimensões: enquanto situação e enquanto condição. Pelo bebê internado nessa unidade, a experiência é a da situação de desamparo, presente em todos os recém-nascidos, porém supostamente intensificada para essas crianças. Para a equipe, a vivência é estar diante da condição humana do desamparo

explícita, sem construções ilusórias de garantias. Os pais desses bebês vivem a situação e a condição de desamparo ao terem seu filho em um estado de imprevisibilidade, de risco de vida e de morte.

Como esses pais conseguem ser pais, maternar, investir libidinalmente nessa criança tão desconhecida simbolicamente? Como vir de encontro ao bebê com as ações específicas, nessa dupla vivência de desamparo?

Tratar da angústia e de sua relação com as afecções aqui apontadas se faz necessário para a diferenciação do papel de um analista nesse cenário. No **capítulo 4**, recorreremos a um percurso na teoria freudiana da angústia e à dimensão trágica da *hilflosigkeit* (desamparo) para fundamentar as observações clínicas vividas dentro da UTI Neonatal.

No entanto, a angústia aparece também nos médicos e na equipe de saúde quando muitas vezes não podem realizar a essência da sua profissão: o diagnóstico e a cura. Há uma ameaça ao saber médico que sofre uma desqualificação pelo fato de haver um bebê que não responde como o esperado e que se coloca como um enigma, que muitas vezes, vem marcar um profundo sentimento de impotência, como veremos a seguir.

3.2 O DISCURSO MÉDICO

A equipe não pode nomear e dar lugar a sua própria angústia bem como parece não suportar a angústia quando presente nos bebês e em seus pais. Afinal,

enfrentam diariamente os limites da morte e evitam falar sobre os comentários do analista. Será que podemos entender como uma conduta defensiva desencadeada pelo próprio mergulho no sofrimento do paciente?

Diante do choro, da dor, dos rompantes de desespero, de sinais de irritação e de insatisfação tanto do bebê quanto de seus familiares, além das perguntas incessantes e de um incômodo constante, elementos do cenário de uma UTI Neonatal, a equipe tenta rapidamente eliminar esse mal-estar. Uma possibilidade é chamar a psicóloga outra é encaminhar diretamente para uma avaliação psiquiátrica, entendendo como uma indicação médica sem questionar o que o analista poderia pensar a respeito.

Para o discurso médico, quando a angústia dá sinais evidentes de existência, é localizada no indivíduo fora da norma, no campo do patológico e então deve ser cuidado, em outro lugar, que não ali.

Magalhães (2000) procura investigar o que denominou de falhas interpretativas no atendimento médico no setor de pediatria de um hospital, onde observou que não havia uma inclusão do espaço, da imagem e linguagem do paciente nas consultas realizadas, gerando uma dificuldade ou quase ausência de uma interação responsiva entre os médicos, a criança e seus pais.

Para pensar o que se passa com a equipe médica, em termos de angústia e desamparo, na UTI Neonatal, instituição médica por definição, recorremos a Clavreul (1983), que afirmou, fundamentado na lógica dos quatro discursos de Lacan, que a psicanálise é o avesso da medicina. A fala do sujeito é ouvida pelo discurso médico apenas para ser imediatamente descartada, situação emblemática da função silenciadora desse discurso e posição exatamente inversa à da psicanálise.

O discurso médico, discurso que se aproxima do discurso do mestre, prima por excluir a subjetividade tanto daquele que a enuncia como daquele que a escuta: o paciente passou a ser objeto da Medicina e o médico, apenas o representante do discurso e da ordem médica. O médico só intervém e fala enquanto instrumento do discurso médico; só existe em referência constante ao saber médico, anulando-se enquanto sujeito perante a exigência da objetividade científica e só se autorizando por não ser ele próprio.

A concepção do encontro do médico com a instituição médica e seu discurso remetem-nos à onipotência médica. Em nome do benefício e progresso da medicina justificam-se pesquisas, intervenções e verdadeiras intrusões no corpo e na vida das pessoas. Questões que causam bastante polêmica e inquietam, freqüentemente, as comissões de ética das instituições de saúde.

Podemos pensar quanto se propaga a idéia de que o médico precisa ser neutro: seus princípios, pensamentos e sentimentos não podem ser considerados no atendimento. A idéia de neutralidade parece carregar o sentido de assepsia, como se a subjetividade do profissional fosse uma impureza indesejada e, portanto, a ser eliminada. Do mesmo modo, o paciente nessa não-relação apenas é autorizado a trazer a queixa puramente orgânica, como se isso fosse suficiente ou sequer possível.

O médico chega ao leito do paciente com todas as informações escritas no prontuário por outros médicos para diagnosticar e prescrever. Não entra em contato com o novo, com o desconhecido do paciente, já o conhece por meio das informações dos outros. Encontrar-se com o novo é poder incluí-lo como sujeito de sua história, que teria muito a comunicar.

Há apenas o encontro do médico com seu próprio discurso que, ao dele se valer, abole tudo o que nele não possa se inscrever, evidenciando sua função silenciadora. Função que faz calar tanto o médico quanto o paciente para o que não faça parte do biológico dos seres, e perdendo o que há de essencialmente humano nessa relação.

Para Clavreul (1983), a ordem médica é da alçada da ciência e, sobretudo, uma ordem jurídica. A prescrição médica – que se dá por uma receita, por uma ordem – mostra-se como o equivalente à sanção legal no campo jurídico, ou seja, aquele organismo que se afastar da norma instituída pela ordem médica receberá a sanção que se destina a fazer com que ele retorne ao interior da norma.

É exatamente nesse ponto que se estabelece uma distinção radical entre a psicanálise e medicina: é o princípio de uma função superegóica de uma ordem perante a qual devemos nos curvar e nos adaptar que a psicanálise põe em questão. A medicina, no entanto, tenta imprimir a todo tempo o seu saber absoluto, inquestionável, restando ao sujeito apenas se submeter às suas prescrições.

Nessas situações, os médicos percebem a falha na ordem médica: o sujeito. É o saber absoluto da medicina, no qual não cabe falha alguma, que a histérica tenta o tempo todo desbancar. A histérica, com seus sintomas móveis, desqualifica e evidencia a impotência do saber dito como infalível. Ela procura o médico com a demanda de cura e com o desejo de ser olhada como aquela para quem o saber médico não funciona; as leis que regem a medicina não valem no seu caso. São das brechas no saber da medicina que a histérica se vale para ser enigmática na relação com o médico, ser aquela de quem ele não pode dizer o que se passa e o que ela tem.

Muitas vezes o que se passa na UTI Neonatal se assemelha com a (não)relação entre o discurso médico e o discurso da histórica. Assim como as históricas, os bebês colocam enigmas para o saber médico: prematuros extremos, bebês com mosaicos de síndromes genéticas ou crianças mal-formadas que apresentam sinais clínicos inexplicáveis, melhoram ou pioram ao contrário do que prevê a ordem médica. Bebês que o discurso médico não pode diagnosticar, curar ou justificar sua vida, sua morte ou sua relação com um outro que o cuide.

Lamy (2000) discute como a centralidade do saber na UTI Neonatal é ocupada pelo saber médico. O saber de uma analista, por exemplo, é um micropoder dentro desse cenário. São os médicos que dão a última palavra, mudam procedimentos sem uma comunicação prévia à equipe. A ênfase é a cura e o instrumental é a Medicina, como apontam Gaiva e Scochi (2004).

E o saber que se produz na análise diante do apresentado? Uma ordem que inclui a subjetividade, fundamentada em uma teoria de desenvolvimento e das capacidades de observação e escuta dos fenômenos ali presentes.

Em uma UTI Neonatal, a vivência dentro da unidade nos mostra são médicos, ainda em formação, que carregam muito de sua história e de suas verdades. Certezas que versam sobre o papel e a função dos pais e a adequação ou não de seus comportamentos dentro da unidade. No entanto, essas certezas são constantemente questionadas e os profissionais são convocados enquanto encarnação do saber médico a responder sobre aquilo que se encontra fora do alcance de tal discurso. Para o qual não há garantias ou sequer respostas.

Os médicos encontram-se desamparados enquanto profissionais do discurso médico e também como seres humanos. Seu discurso, sua ordem e seu poder que

sempre o fizeram calar nada podem diante das aflições humanas que extrapolam o caráter objetivo e asséptico. Estão diante do desamparo enquanto condição humana, da morte, para a qual não têm recursos, palavras, pedidos de exames ou remédios.

Vejamos a seguir como os conceitos de angústia e desamparo podem ajudar a construir a prática profissional do analista em UTI Neonatal.

4 A ANGÚSTIA E O DESAMPARO

Nesse capítulo vamos reunir diversos aspectos que já foram enunciados na descrição do cenário e dos personagens principais da UTI Neonatal à luz dos conceitos freudianos de angústia e desamparo.

Começaremos pela vertente biológica do desamparo que podemos resgatar no “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895). Alguns mecanismos apresentados por Freud nesse texto fazem interlocução com dados encontrados nos artigos referentes à dor em recém-nascidos citados no **capítulo 3**.

O Projeto é um texto que podemos chamar de “pré-psicanalítico”, já que apenas em 1897, Freud formula a teoria da fantasia e em 1900 postula o inconsciente, grandes marcos para a criação da psicanálise. Freud, portanto, quando escreveu esse trabalho, estava bastante marcado por sua experiência como médico, neurologista, e pelas idéias evolucionistas de seu tempo.

Vale uma pequena observação: o próprio autor, depois de redigi-lo em duas ou três semanas, deixou-o inacabado e não lhe poupou críticas. Muitos anos depois, quando reencontrou o trabalho, tentou destruí-lo. No entanto, há muitas ligações entre ele e alguns conceitos que Freud utiliza posteriormente em sua obra, apesar das inúmeras diferenças. A ênfase dada ao impacto do meio ambiente sobre o organismo e sua reação a ele é algo fundamental que se manteve.

Em muitos momentos, no Projeto, Freud parece se distanciar da psicanálise e aproximar-se com os métodos modernos de descrever os fenômenos mentais em termos fisiológicos. Ainda assim, Freud repudiava toda a estrutura neurológica, pois não dispunha de meios para explicar a consciência.

No entanto, o editor inglês da **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** adverte o leitor: O Projeto deve continuar sendo o que é: uma obra inacabada, rejeitada por seu próprio criador.

Ritvo (1992), lembra que esse é um texto marcado pelas idéias darwinianas que reiteram a importância das influências do meio sobre o biológico. E ressalta que, no fim da vida, Freud apontou a importância dos fatores acidentais nas experiências do início da infância. A autora cita:

Perto do fim da vida, Freud encontrou uma analogia na embriologia: 'O dano infligido ao ego por suas primeiras experiências dá-nos a impressão de ser desproporcionalmente grande; mas temos apenas de tomar como analogia as diferenças nos resultados produzidos pela picada de uma agulha em um conjunto de células no ato da divisão celular (como nas experiências de Roux) e em um animal já plenamente crescido, que por fim se desenvolve a partir delas' (1940[1938])

No Projeto, Freud objetivava estruturar uma Psicologia que fosse uma ciência natural: que representasse os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, dando a esses processos, um caráter concreto e inequívoco. São duas as idéias principais em jogo: 1) o que distingue a atividade do repouso é Q, sujeita às leis do movimento e 2) os neurônios devem ser encarados como partículas materiais.

O princípio básico da atividade neurônica em relação à Q é o de descarga, entre as diversas vias de descarga, são preferidas aquelas que acarretam a interrupção dos estímulos: a fuga dos estímulos.

O sistema nervoso também recebe estímulos endógenos que se originam nas células do organismo e criam as grandes necessidades: fome, respiração e sexualidade. Como o organismo não pode se livrar desses estímulos, esses cessam apenas com a **ação específica**, ou seja, uma alteração no mundo externo para responder às **exigências da vida**. Assim, o sistema nervoso, deve aprender a tolerar um nível de Qn' (endógeno) suficiente para satisfazer as exigências de uma ação específica, mantendo-a constante no nível mais baixo possível.

Freud postulava a teoria dos neurônios, de que o sistema nervoso é composto por neurônios diferentes, homogêneos na estrutura e que estão em contato mediante uma substância estranha¹ nas quais estabelecem vias de condução, recebendo e descarregando os estímulos recebidos.

A função secundária do sistema nervoso é a acumulação da Qn' , viável se admitirmos que existam resistências reais à descarga (barreiras de contato). A capacidade de condução está ligada à diferenciação que o próprio processo de condução cria no protoplasma, gerando uma melhor capacidade para a condução subsequente (facilitação). As barreiras de contato também viabilizam a memória, depois de cessada a estimulação, o neurônio fica permanentemente modificado em relação ao seu estado anterior.

¹ Freud introduz a idéia de sinapse dois anos antes de ela ser descrita por Foster e Sherrington, em 1897.

Assim, os neurônios teriam que ser ao mesmo tempo influenciados e inalterados. Portanto, constituem-se em duas classes: as células perceptivas e as células mnêmicas. Uma classe de neurônios deixa passar a Qn' como se não tivesse barreiras de contato e, portanto, permanecem imutáveis (neurônios Φ , permeáveis, destinados à percepção) e a outra classe só permite a passagem de Qn' com dificuldade ou parcialmente pelas barreiras de contato, permitindo assim representar a memória (neurônios Ψ , impermeáveis, portadores de memória). A memória está representada pelas diferenças e independência entre as facilitações existentes entre os neurônios Ψ , e dependente da magnitude da impressão e a frequência com que a impressão se repete.

Do ponto de vista biológico, Freud é influenciado por Darwin, ao pensar no desenvolvimento gradual do sistema nervoso. Ao seu questionamento sobre a origem dessas duas classes de neurônios, Freud considerava a significação biológica diferente, surgindo da função biológica primitiva desempenhada: “Se lembrarmos das duas funções do sistema nervoso: recepção de estímulos externos e descarga de excitação de origem endógena, talvez esses dois sistemas de neurônios tenham assumido uma dessas obrigações primárias”.

Finalmente Freud descreveu a experiência da satisfação e logo em seguida, retoma a experiência da dor. Com o enchimento dos neurônios nucleares em Ψ , haverá uma propensão à descarga, uma urgência que libera pela via motora uma alteração interna: um grito, como exemplo.

No entanto, o alívio só pode vir de uma ação específica, que se efetua por meio da assistência alheia. Essa descarga inicial adquire a importante função secundária da comunicação, e aí Freud é categórico: o desamparo inicial dos seres

humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais. Com o trabalho da ação específica, o desamparado cumpre em seu corpo a atividade para cessar o estímulo endógeno e a totalidade desse processo é a experiência de satisfação.

A experiência de satisfação leva a uma facilitação entre as duas imagens mnêmicas e os neurônios nucleares que ficam catexizados durante o estado de urgência. Com a descarga, as duas se esvaziam. E com o restabelecimento do estado de urgência, a catexia também passa para as duas lembranças, reativando-as. No caso da ativação de desejo, é provável que a imagem mnêmica do objeto seja a primeira a ser afetada, produzindo algo idêntico a uma percepção, ou seja, uma alucinação.

Na experiência de dor, essa ativação concomitante da imagem mnêmica do objeto que acentua a dor também pode ocorrer com uma facilitação excelente pela qual se libera o desprazer no afeto. A experiência de dor leva a uma repulsa, a uma aversão por manter catexizada a imagem mnêmica hostil: a defesa primária. É a aparição de outro objeto, em lugar do hostil, que funcionou como sinal para a cessação da experiência de dor. O sistema Ψ aprende biologicamente e procura reproduzir esse estado que assinalou o fim da dor.

Então Freud introduziu o conceito de ego: são os dois processos, atração de desejo e propensão à repressão, que indicam que em Ψ se estabeleceu uma organização (ego) que dificulta passagens de quantidade que na primeira vez se realizaram de determinada maneira, acompanhadas de satisfação ou dor. Sua função é inibir os processos psíquicos primários, barrar as alucinações.

Com o resgate dessas descobertas/invenções freudianas no Projeto para uma Psicologia Científica (1895), tido como grande presságio de todo seu pensamento

posterior, torna-se possível estreitar laços e fazer releituras dos dados encontrados na atual literatura sobre os cuidados com recém-nascidos em UTI Neonatal.

Podemos estabelecer alguns paralelos entre essas construções e o que acontece com os bebês em situação de urgência na UTI Neonatal. Aprofundar as articulações entre os mecanismos da memória da dor e os limiares menores de tolerância à dor encontrados em recém-nascidos pré-termo e a facilitação das vias de condução. Além da não cessação do estímulo doloroso nos prematuros e a não apresentação de um outro objeto que sinalize o fim da dor; a síndrome do avental branco como a repulsa aos profissionais de saúde, que acentuam a dor gerada na experiência dos recém-nascidos, entre outros aspectos, são pontos que se apresentam como importantes para uma análise e cuidados por parte dos profissionais de UTI Neonatal.

Enfim, o Projeto ainda que descartado por seu criador, continua como obra inacabada e, portanto, passível de construções, releituras, interpretações e enigmas. Um bom interlocutor em si, para essa Dissertação.

A noção de desamparo, por sua vez, converteu-se em um dos pontos nodais da Psicanálise que norteiam a compreensão do sujeito influenciado pela sua dor psíquica e física. Para Freud (1895/1980) a condição de prematuridade biológica do bebê o coloca diante de uma situação de desamparo diante de seus cuidadores básicos, levando-o à necessidade de um auxílio externo para que possa sobreviver do ponto de vista físico e psíquico.

Passemos a analisar, agora, do desamparo biológico do bebê recém-nascido de que tratamos nesse capítulo ao desamparo enquanto condição humana, ao qual, todos nós estamos sujeitos.

Menezes (2006), em seu estudo psicanalítico sobre o pânico, percorre a trajetória da noção de angústia ao longo dos escritos freudianos. A autora ressalta que em vários momentos de sua obra, Freud diferencia os conceitos geralmente traduzidos como angústia (*Angst*), do medo (*Furcht*) e do terror/pavor (*Schreck*).

A angústia se refere inevitavelmente ao estado, à expectativa, à preparação para o perigo indefinido. O medo tem um objeto definido e identificado. Já o terror/pavor faz referência ao estado em que alguém fica quando entra em perigo sem ter se preparado para isso.

Ainda para Freud, a noção de perigo está ligada à ameaça da instauração de uma situação traumática, situação que transborda, em que o *eu* não dá conta, estado de desamparo (*Hilflosigkeit* – que significa “ausência de ajuda”).

Segundo Menezes (2006), podemos reconhecer três momentos da teoria da angústia ao longo da obra de Freud:

1. O primeiro se localiza em torno do estudo da “neurose de angústia” e suas relações com a vida sexual. Aqui a angústia é definida como uma descarga automática, sem a participação do psíquico.
2. No segundo, em textos como “O Pequeno Hans” e “O Homem dos Lobos”, onde a angústia é considerada um dos resultados possíveis de serem obtidos por transformação da libido liberada com o recalque.
3. No terceiro, presente em “Inibição, sintoma e angústia”, a angústia é concebida como a condição necessária para colocar o processo do recalque em ação.

A autora ainda comenta que na Conferência Introdutória à Psicanálise, Conferencia XXV (1916/1917), Freud diferencia a angústia realística da angústia neurótica. Ocorrendo a primeira diante de um perigo real, como uma interpretação dos sinais de perigo que ameaçam a integridade física do sujeito, na dependência da pulsão de autopreservação.

Na angústia neurótica, o perigo é interno. A angústia funciona como uma resposta à preparação para o perigo – sinal de angústia. A ausência dessa preparação causa um arrombamento destrutivo no ego como mostram as neuroses traumáticas.

Em “Inibição, sintoma e angústia” (1926), Freud define a angústia como reação a um modelo específico de situações de perigo, ou seja, a angústia provoca o recalque. No texto, Freud vê a angústia como um “estado afetivo especial de desprazer com atos de descarga ao longo de trilhas específicas”, presumindo a presença de um fator histórico que une a sensação de angústia e suas inervações. Sugere ainda que o nascimento é a primeira experiência de angústia vivida pelo ser humano, na medida em que comporta um fluxo enorme de excitações libidinais incontroláveis pelo aparelho psíquico do bebê, ainda muito frágil. A angústia surge como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete. O nascimento é tido como a experiência prototípica de todas as situações de perigo que o sujeito vai se defrontar pela vida afora, podendo ser ressignificado como traumático.

No início, o desamparo é uma incapacidade motora do recém-nascido em satisfazer suas próprias necessidades. Há uma significação *a posteriori*: o desamparo biológico no desamparo psíquico. A angústia surge como um produto do

desamparo mental da criança, o qual é um símile natural de seu desamparo biológico. (MENEZES, 2006)

Essa via de descarga adquire assim a importantíssima função secundária da comunicação e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais. Idéias presentes no “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895) em sua vertente biológica, como citado anteriormente.

A condição de desamparo pode se concretizar em uma situação traumática, sendo o desamparo o núcleo da situação de perigo, perigo de inundamento psíquico. Quando o aparelho não dá conta do afluxo pulsional, se estabelece a situação de desamparo, a situação traumática.

Freud (1926) distingue duas formas de angústia: angústia automática e angústia sinal. Na angústia automática, o determinante fundamental é a ocorrência de uma situação traumática, tendo como protótipo uma experiência de desamparo. E a angústia sinal é como resposta do ego à ameaça de instalação de uma situação traumática. São duas as características no afeto de angústia: seu caráter de expectativa que se origina da situação de perigo e a existência da falta de objeto ligada à situação traumática.

Menezes (2006) citando Green (1982) refere que a angústia patológica pode se manifestar com uma angústia flutuante, pronta a ligar-se a qualquer representante, como mostra a espera ansiosa da neurose de angústia ou como uma angústia circunscrita ligada a um perigo. No primeiro caso, o perigo está em toda a parte e não há segurança alguma. No segundo caso, o perigo é localizado e a segurança está nos outros lugares.

Na vivência da UTI Neonatal, percebemos que a angústia aparece em sua forma flutuante. Diante da falta de garantias de vida e de morte, os pais dificilmente conseguem nomear o mal-estar que vivem. A angústia liga-se temporariamente a significantes como a sensação de não ser bem atendido, de não ser considerado responsável e participante nas decisões sobre o tratamento do filho, não se sentir respeitado em sua condição de pai. Ou ainda, a angústia pode aparecer exatamente na ligação com o saber técnico, de acordo com Barros (2002): os pais passam a incluir em seu discurso jargões técnicos, dados dos aparelhos, monitores, dosagens e horários dos remédios, monitoram as anotações médicas e os números de resultados de exames.

Muitas vezes, é a dificuldade de olhar e responder para seu filho doente, prematuro, malformado ou morrendo que coloca o psiquismo e as defesas dos pais em ação. Essas ligações tendem a afastar da origem da angústia: a condição de desamparo dos pais diante da falta de garantias de vida, além da própria situação de desamparo vivida pelos bebês e renascida em seus pais.

Como vimos na experiência de satisfação em Freud (1895), a criança, pela experiência, descobre que um objeto externo perceptível pode por fim à situação de desconforto ou perigo. É a ausência da mãe, a perda do objeto, que agora constitui o perigo para o qual a criança dá o sinal de angústia. O fator biológico estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que acompanhará a criança pelo resto de sua vida. Será sempre a perda do outro amado que remeterá à condição de abandono total e de desamparo ante o aumento pulsional.

Para Menezes (2006), a sexualidade vinda da mãe é a de sedução do bebê ao desempenhar sua função de erogeneização. Sendo essa sedução anterior à

simbolização e à aquisição da fala, é sempre traumática. Com o conceito de desamparo, Freud localiza a angústia automática como resposta a uma situação de desamparo, vivida pelo ego diante do acúmulo pulsional e diz respeito a um lugar infantil, a uma sexualidade traumática vinda da mãe, trata-se do desamparo original estruturante do psiquismo.

A noção de desamparo configura a finitude do sujeito, na medida em que o psiquismo se constrói sobre um fundo de desamparo que diz respeito à falta fundamental de garantias sobre o existir e o futuro. A passagem da criança por um lento e progressivo processo de desilusão permite que a descoberta da realidade do desamparo possa ser uma experiência tolerável.

O sujeito pode suportar que não há proteção absoluta na vida ou sequer um ser onipotente que lhe garanta estabilidade. É preciso que o objeto idealizado de amor seja dado como verdadeiramente perdido para que se possa tolerar a realidade do desamparo: a condição do limite, da finitude, da solidão, do inominável, do resto pulsional.

Quaglia (2006) afirma que na relação a dois, na qual ocorre a interpretação de sons, são dados novos sentidos à *Hilfflosigkeit* (desamparo), deixando de ser uma nomeação ao estado biológico do bebê e passando a ser uma significação da necessidade. Assim, a *Hilfflosigkeit* impõe um resgate obrigatório ao simbólico da mãe, havendo, então, uma bidimensionalidade, uma dimensão para o bebê e outra para a mãe.

O pedido de ajuda do bebê aponta para um sentimento de *Hilfflosigkeit* da mãe. É isso que permite a mãe se identificar com a fragilidade de seu filho e gere a ação específica da mãe que buscará sanar a necessidade do bebê.

A mãe procura gerar amparo, oferecer cuidados, sustentação, contenção e acolhimento para as excitações desse bebê, buscando devolver-lhe um equilíbrio interno, relacionado ao princípio da constância. Procura anular, assim, a sensação de desprazer decorrente das necessidades do bebê.

Quaglia (2006) ressalta ainda o mito do amparo, a função de segurança e proteção assegurada pela mãe, que viria restaurar fantasiosamente uma suposta satisfação plena, uma fusão entre mãe e bebê, homem e natureza, ser e objeto.

A experiência mítica funcionaria como um revestimento inicial que busca oferecer destinações aos impulsos que geram insatisfações e incômodo no bebê. No mito do amparo, haveria a possibilidade de retorno a um estado de não-excitabilidade, de tensão zero. A função mítica é idealmente suprir esse distanciamento entre ser e natureza, criando uma ponte imaginária em direção à satisfação perdida na humanização. O mito seria uma alternativa às incertezas geradas pelo rompimento com a natureza, uma forma de trabalho psíquico em que o conteúdo essencial é a realização de um desejo. É pelo mito do amparo que os pais revivem a satisfação que sentiam quando eles próprios eram sua majestade, o bebê.

A autora pensa o mito do amparo como uma fantasia, uma realidade psíquica em contraste com a realidade material, em que se realiza um desejo de dimensão narcísica. Se a dimensão narcísica primária propõe que não haja diferenças, a inexcitabilidade, o mito do amparo visaria à manutenção de um equilíbrio econômico e a supressão da *Hilflosigkeit*.

Todos os esforços e atenção dessa criação imaginária estariam destinados à tarefa de constituir um abrigo e sustentar a ilusão de plenitude. Trata-se de uma

experiência de asseguramento, de instauração de uma camada protetora, de um estado introduzido pelo desejo dos pais no bebê via *Hilfflosigkeit*.

Em sua Dissertação de Mestrado, a autora retoma o olhar dos pais sobre o filho e a própria presença do filho na vida dos pais, que fazem com que se reerga uma dimensão da vida deles, enquanto criança.

É via narcisismo primário que se instaura um revestimento protetor que irá garantir a sobrevivência do bebê. Freud diz que o amor dos pais tão comovedor e, no fundo, tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido. Portanto, os atos dos pais apaziguadores das excitações, bem como o direcionamento de descargas excitatórias do bebê, estão ligados a uma relação dialética entre imortalidade e perenidade, mortalidade e finitude e refletem a inabilidade para lidarmos com as vicissitudes da vida. Nesse sentido, poderíamos pensar que o narcisismo primário é o abrigo contra a *Hilfflosigkeit*.

O olhar afetuoso dos pais inicia a vida, a transmissão e por meio desse olhar, busca o refúgio da morte, a vida eterna. E que é pelo narcisismo que encontramos a arma de luta contra a morte, contra o extermínio da vida psíquica. O primeiro laço é a tela de projeções da experiência de *Hilfflosigkeit* vivida pelos pais, agora sob a forma de sentimento, já que não são eles os desamparados, mas sim seus filhos. Os mecanismos encontrados na criança e que não morreram nos adultos ressurgem nessa experiência e asseguram não só a vida para o bebê, mas também a manutenção do processo civilizador. O narcisismo, ao mesmo tempo em que projeta a vida, transmite a marca da *Hilfflosigkeit* humana.

Voltando ao bebê saudável, Quaglia (2006) localiza na impotência psicomotora do bebê o surgimento de uma interpretação e de uma interlocução

decisivas para a estruturação de seu psiquismo. A ele não há outra escolha a não ser se alienar no sonho oferecido por esse outro do qual depende, por hora, completamente para sobreviver. Os cuidados maternos, por mais atentos e precisos, deixam escapar uma parcela de insatisfação. A mãe não é e nunca será a supressão total da *Hilflosigkeit*, já que como humana, é um ser com falhas. Ao faltar com o bebê, a mãe proporciona brechas para a entrada da realidade, essas fendas são as lacunas da dimensão da própria fragilidade da mãe.

É esse rompimento do estado mítico, sempre traumático e violento, que provoca uma ferida irreversível e dá origem ao sujeito propriamente dito. É pelas frestas da insatisfação que é possível ao bebê se manifestar, sobre o pano de fundo da *Hilflosigkeit*. Assim, o outro, ao mesmo tempo em que é o primeiro objeto de satisfação é também o primeiro objeto hostil. Então, uma noção de exterioridade começa a se esboçar: o bebê descobre que a mãe amada não está a serviço apenas de suas necessidades pulsionais, pois o priva e o violenta ao interpretá-lo. O sentimento é ambivalente, de amor e ódio, o outro é aquele que pode aliviar a tensão pulsional, mas também é o representante do corte, associando-se ao sentimento de *Hilflosigkeit*. Essa é a dimensão paradoxal do cuidado.

A autora ressalta que a *Hilflosigkeit* é um dos pontos cruciais para os futuros processos de subjetivação da criança nas trocas com o outro. Ela só existe no conflito humano diante da fragilidade do bebê já que toda a ação de cuidado vem marcada pela *Hilflosigkeit* do cuidador. É essa sua entrada na cultura, ao ganhar o estatuto de alguém, ao receber emprestado um sonho, que o bebê recebe uma herança. Ao precisarmos do outro, recebemos dele a herança humana: os esforços para manter a vida. Então, ao homem restam dois caminhos: alienar-se na

ignorância e tentar suprir a sensação de falta de ajuda ou ir em busca de decifrar seu enigma e seguir seu destino trágico.

No meio desse contexto de conceitos e definições, onde a vida começa diferente, o analista faz uma interlocução entre paciente, pais e equipe médica, mediado pela angústia, pelo desamparo e seus sinais. No capítulo seguinte, trataremos especificamente da função do analista.

5 O LUGAR DO ANALISTA

Para Japiassu (1975), a questão fundamental de qualquer trabalho que deve orientar a intervenção ou o olhar do psicólogo e da Psicologia é o resgate do humano. Para ele, toda Psicologia, que é tão vasta quanto as perspectivas sobre o homem, que não levar em consideração a subjetividade humana só pode ignorar o próprio homem. Uma das tarefas da Psicologia é a descoberta ou a redescoberta dos conteúdos silenciados e das razões desse silenciamento. Tarefa mais imperiosa quando o psicólogo se converte ou se reconverte em alguém capaz de desvelar o sentido da palavra do homem.

Na psicanálise partimos da clínica do olhar, preponderante na medicina e nos demais profissionais de saúde, para o então estabelecimento de uma clínica da escuta, assim denominada por Ansermet (2003). O escutar é o instrumento de conhecimento e intervenção.

Sobre o lugar do analista, Clavreul (1983) afirma que é a função silenciosa do analista que faculta e promove a proliferação da fala do sujeito. O analista não constitui um obstáculo à emergência do desejo. O autor sublinha em Magno (1977):

Daí, a neutralidade do analista, seu silêncio, sua interferência como pontuação, que faz silêncio no discurso do analisando, aonde este só fala, a verdade, para o silêncio daquele – silêncio que não deixa de ser também pontuação.” (MAGNO, 1977 apud CLAVREUL, 1983, p.19)

A associação livre, técnica psicanalítica de investigação e cura, diferentemente do inquérito médico ilustrado pela anamnese, não valoriza nenhum dos elementos do discurso do sujeito. O analista, ao não usar seus “pré-conceitos” para ouvir, pode fazer emergir a verdade do sujeito a partir da transferência; o que Freud já atribuía à posição neutra do analista. Neutra, mas não asséptica.

Freud cunha o termo contratransferência para dar conta exatamente do que o sujeito suscita no analista: sentimentos que são incluídos tanto no estabelecimento de um diagnóstico quanto na direção do tratamento. Conceito impensável no atendimento médico. A passagem do discurso do mestre ao discurso do psicanalista implica outras mudanças bastante importantes: da posição de compreensão à de interpretação e da postura do sujeito que sabe para a do sujeito suposto saber.

O que é considerado lixo pela ciência, como os atos falhos, os sonhos e os chistes bem como os sintomas são objetos da atenção da psicanálise. Essas formações do inconsciente constituem a expressão do sujeito, do desejo. Na medida em que não visa evitar o erro e o engano, mas antes constituir-los enquanto objeto, a psicanálise não é uma ciência.

O discurso do psicanalista é o único a fornecer as articulações onde o desejo se inscreve. O objeto *a*, para a psicanálise lacaniana, é aquilo que está para sempre perdido e, no entanto, os sujeitos passam a vida tentando alcançar. E, ao fazê-lo, conseguem apenas dar voltas e mais voltas em torno dele. Tal conquista é impossível de ser alcançada, gerando um sentimento nostálgico, e uma eterna busca de satisfação. Essa busca é condição *sine qua non* para o sujeito: é o que o move, permite crescer, mudar, amar, enfim, viver.

Para Clavreul (1983) a psicanálise destitui o saber com o qual o objeto é constituído pelo discurso do mestre. A psicanálise encontra-se na posição de produção e enfatiza a fantasia inconsciente, enquanto suporte do desejo, na relação estrutural que o sujeito estabelece com o objeto de seu desejo, caracterizando uma função subjetivante. Enquanto a medicina perpetua a alienação do sujeito aos significantes de um outro, inversamente à desalienação que a psicanálise promove.

O autor afirma ainda que a entrada do sujeito no discurso médico é análoga à entrada da criança na língua materna. A criança precisa, inicialmente, se alienar no discurso materno para constituir-se como sujeito; é a partir da cadeia significativa da mãe que a criança será introduzida no registro simbólico. Essa alienação deve ser de duração apenas temporária; a criança aos poucos vai deixando a posição de alienada no discurso materno para se alienar em sua própria cadeia significativa.

Sobre a postura adotada pelo psicanalista frente ao paciente, Dor (1993) retoma a problematização feita já por Freud sobre a ambigüidade em torno do diagnóstico psicanalítico: é preciso estabelecer precocemente um diagnóstico para decidir quanto à condução da cura, mas a confirmação desse diagnóstico só poderá ocorrer após certo tempo de tratamento. A única técnica de investigação do analista é a escuta, que caminha em direção oposta à função silenciadora do discurso médico. É a escuta analítica que permite ao paciente narrar sua própria história com seus buracos e não-ditos. A avaliação psicanalítica é essencialmente subjetiva, só se sustenta a partir do discurso do paciente e toma apoio na subjetividade do analista que ouve.

O autor contrapõe o ato médico do diagnóstico ao ato psicanalítico de suspensão do diagnóstico. No ato médico há uma observação para determinar

semiologicamente a origem da afecção ou doença e, depois, uma classificação que localiza um estado patológico no quadro de uma nosografia. Já na clínica analítica, o ato diagnóstico é necessariamente um “ato deliberadamente posto em suspenso e relegado a um devir”.

Para Dor (1993), nas entrevistas preliminares, é o dizer do paciente, e não seu conteúdo, que mobiliza a escuta e possibilita o trabalho analítico. A ambigüidade em torno do diagnóstico se faz presente: a avaliação diagnóstica precisa de certo tempo de análise para se apoiar e, ao mesmo tempo, é necessário circunscrever rapidamente uma posição diagnóstica para decidir quanto à orientação da cura. A saída possível é o tempo de observação. Tempo em que as distorções do discurso revelam mais do que seu conteúdo e, assim, a escuta analítica torna-se o único instrumento que deve ter prioridade sobre o saber nosográfico e as racionalizações causalistas.

O autor justifica a escolha da escuta como instrumento único de diagnóstico com o argumento de que na causalidade psíquica o pouco determinismo que possa existir não obedece às linhas de regularidade. E são exatamente essas linhas de regularidade que garantem o sucesso da terapêutica médica. No psiquismo, como não existem agenciamentos estáveis entre a natureza das causas e a dos efeitos, não é possível estabelecer previsões.

A discussão sobre a viabilidade da Psicanálise na instituição hospitalar é longa e controversa. Moretto (2002) ao pensar os limites, alcances e eficácia da psicanálise no hospital, resgata sua própria origem: o ambiente hospitalar. De forma precisa e competente, a autora retoma os conceitos fundamentais da psicanálise comumente utilizados para justificar a impossibilidade da experiência analítica na

instituição hospitalar: a transferência, o *setting* no hospital, o tempo (breve) em análise, o paciente terminal, o psicanalista e a equipe multiprofissional e a demanda de análise quando quem se oferece é o analista.

Essa obra nos remete ao âmbito da ética da psicanálise e não de suas regras. Assim, para a autora, os únicos impeditivos para que a análise aconteça dentro do hospital são: dificuldades pessoais do profissional psicanalista, limitações orgânicas do paciente que o impeçam de falar e raciocinar, falta de manejo de conceitos psicanalíticos, ausência de um analista, falta da demanda de análise por parte do paciente e o não estabelecimento da transferência.

Ainda, sobre o lugar do analista na instituição hospitalar, Moretto (2002) afirma que esse lugar está garantido exatamente porque o discurso médico exclui a subjetividade do paciente. É especificamente porque o médico não considera as queixas de ordem psíquica do paciente é que ele pode querer saber sobre isso e então o analista possui material de trabalho. O analista, via escuta e intervenção analítica visa a localização subjetiva desse doente perante a realidade na qual está inserido. Apesar da incompatibilidade nos discursos médico e analítico, nos métodos e referências, há uma compatibilidade nos efeitos e isso garante o lugar do analista no hospital:

A equipe não está muito interessada em saber que recursos têm o psicólogo ou o psicanalista para trabalhar no seu dia-a-dia; o que ela espera é ver o fruto do seu trabalho e, de preferência, o mais rápido possível. O que constitui um problema complicadíssimo para o analista na instituição de saúde é exatamente (e isso ele precisa ter muito claro) que esse efeito positivo para os médicos, ainda que necessário para garantir o seu lugar, não pode ser o seu objetivo principal, mas sim uma consequência de sua intervenção. (MORETTO, 2002, p.86)

5.1 O QUE PODE UM ANALISTA NA UTI NEONATAL?

Retomando a pergunta norteadora desta Dissertação de Mestrado: “O que pode um analista na UTI Neonatal”, encontramos em Mathelin (1999) o relato cuidadoso de seu trabalho em um serviço de prematuros em unidade de neonatologia. Aspectos como psicanálise em neonatologia, o trabalho com os lactentes, com os pais, com a equipe, a transferência que se estabelece entre os pais e a equipe, a morte e a reanimação no serviço de neonatologia e as mães prematuras são abordados ao longo de suas discussões.

Sobre o lugar para o psicanalista na equipe de neonatologia, a autora é categórica: “cada analista, num serviço de Medicina, terá de ‘inventar’ seu lugar”. O lugar do analista, recriado a cada dia, deve permanecer flutuante e maleável. Para ela, o trabalho do analista é de abrir um espaço onde certo tipo de fala e de escuta seja possível:

Durante o tempo de estada do bebê na unidade, o acompanhamento da equipe e o encontro com o psicanalista talvez permitam aos pais colocarem palavras no que estão vivendo, reencontrarem o filho e se reencontrarem eles mesmos, contanto que lhes seja dado tempo, sem preconceito e sem *a priori*. (MATHELIN, 1999, p.88)

Jerusalinsky (2000) analisa a especificidade do atendimento em estimulação precoce em virtude de características específicas do período na UTIN.

A autora esclarece aspectos importantes dessa clínica como a intervenção na urgência, a demanda e não o pedido de tratamento, a falha e a sustentação das

funções maternas e paternas em neonatologia e a constituição dos circuitos pulsionais dos recém-nascidos internados em UTI.

Em internações muito prolongadas, podem aparecer as primeiras manifestações características de estados autísticos que apontam para um circuito pulsional no bebê que não articulou seu prazer ao circuito de demanda e desejo do Outro Primordial. Assim, para a autora, a presença e o trabalho do analista é daquele que cuida do que é capaz de dar sentido à vida do bebê na UTI neonatal enquanto médicos e enfermeiros se ocupam da tarefa fundamental de sustentação orgânica do recém-nascido.

Eliacheff (1995) relata que a psicanálise não poupa as crianças do encontro com o sofrimento, a injustiça, doença ou a morte. No entanto, ela permite que na relação com o analista, a criança reencontre as emoções sentidas no momento do fato ou as palavras que a marcaram. Tais emoções, a criança poderia aceitar renunciar para transformá-las em lembranças de um tempo passado. E afirma:

Para ser psicanalista de bebês é preciso considerar cada criança como um ser humano com plenos direitos, capaz de ser autônomo em seu desejo bem antes de o sê-lo na realidade, sem imputar-lhe falta de experiência e incapacidade de falar. Por ser *portador da palavra* (no sentido concreto e figurado), o psicanalista é um mediador da função simbólica sem a qual a vida não seria humana. (ELIACHEFF, 1995, p. 144, grifos da autora)

O analista na UTI Neonatal, diante do discurso médico, apresenta o novo em um saber institucionalmente presente, consolidando progressivamente a sua prática em fundamental e indispensável para a vida humana. Resgata o poder de comunicação dos bebês e de seus pais, aprisionados até então em um corpo doente que ocupa as incubadoras do cenário aqui estudado.

O que observava no início do meu trabalho na UTI Neonatal era um bebê olhado por vários profissionais e muito pouco falado, considerado como sujeito. Procurei, então, a sedimentação nos pressupostos teóricos da psicanálise para atuar no resgate do recém-nascido, de sua mãe e na denúncia que por eles era feita do indizível em uma UTI Neonatal.

À medida em que eu ia atendendo aos pequenos pacientes internados em UTI Neonatal, juntamente, com sua família algumas diferenças puderem ser estabelecidas. Por exemplo, percebi que eu era uma das poucas, quando não a única, profissional que me aproximava da família e me oferecia para escutá-los. Ao contrário dos médicos que sempre que vinham, vinham para falar. Após me apresentar à família, eu perguntava se poderia conversar com eles e se preferiam que fosse ali mesmo, junto ao bebê ou em uma sala mais reservada. Se aceitassem e se escolhessem permanecer junto ao filho, o que acontecia na maioria das vezes, eu buscava uma cadeira e me sentava junto ao bebê e seu familiar.

Aos poucos, fui criando uma forma de me aproximar que pudesse facilitar para aquele a quem eu pretendia escutar entendesse a regra fundamental da psicanálise: a associação livre. Cheguei então, após algumas tentativas, à pergunta: “Como é que vão as coisas por aqui?”.

Essa pergunta permitia que o adulto discorresse sobre o que bem entendesse: sobre ele mesmo, sobre o filho e/ou a condição de saúde dele, sobre os outros filhos que ficaram em casa, sobre o cônjuge ou até mesmo ainda sobre como a vida parece parar quando nos encontramos em situações extremas como essa. As confusões acerca do dia da semana, do dia do mês ou ainda sobre as datas dos acontecimentos eram freqüentes. Também pudera. A UTI é um lugar com

funcionamento aparte do mundo, com ritmo e vidas próprias. O tempo é contado de outra maneira: com os resultados dos últimos exames, com os dias de internação, com os dias de antibióticos, com o número de dias pós-cirurgia ou com a progressão da dieta alimentar do bebê.

Aos poucos, eu tentava ajudar a reconstruir essa história que aparecia muito fragmentada. Então perguntava como aquela família tinha chegado até ali, àquele hospital. E à medida que os familiares podiam falar, podiam também chorar. Chorar simplesmente por poderem se escutar, contando para alguém o intenso sofrimento que estão vivendo. Ao contrário do que o discurso médico pregava em nome do bem-estar do bebê, que a família, especialmente, as mães precisariam ser fortes para passar esse pensamento positivo para os pequenos bebês.

Certa vez uma médica residente que estava há pouco naquela unidade me perguntou muito intrigada: “Nossa, Prislaine, que tortura você fez com aquela mãe que ela está chorando tanto?”. Confesso que até me virei para ver a quem ela se referia, assustada com a surpresa dela. Vi que ela falava da mãe que tinha acabado de escutar. E então pude responder: “Ah, eu perguntei como é que vão as coisas por aqui”. E complementei: “Sabe, Dra. X, que essa reação de choro copioso é bastante comum quando eu pergunto isso?”.

Outras vezes, a surpresa impactante que paralisa os pais é o próprio cenário da unidade: muitos fios, apitos, monitores, pessoas circulando com aventais, luvas e máscaras. E lá dentro de uma incubadora um pequeno bebê que acabou de nascer e que precisamos buscá-lo especificamente com nosso olhar para poder vê-lo e não se perder em meio àquela parafernália. É comum que o primeiro a ver o bebê na UTI Neonatal do hospital que estamos falando seja o pai. Isso porque o bebê chega

poucas horas após o parto. E sua mãe permanecerá internada por no mínimo 48 horas. E como chega esse pai?

Bem, para aquele que exerce a função paterna, geralmente o pai da criança, essa função vai ganhando corpo concretamente após o nascimento do bebê. É, geralmente, depois do parto que ele vai poder se aproximar e se apropriar dessa função e da paternidade.

Ao se deparar com um bebê de aspecto tão frágil, dentro de uma incubadora fechada, cercado de fios e tubos, para o qual o pai teve que se paramentar com uma lavagem diferenciada de mãos e uso de avental, o semblante é de horror. Horror para o qual não se tem palavras.

Eu então, inicio a minha função com aquelas perguntas facilitadoras e minha posição de escuta. E é muito bonito ver, a medida em que fala, o quanto o pai também pode perguntar e querer saber sobre seu filho. Muitas vezes a cena do final do atendimento é muito diferente da inicial. Ao invés de pais silenciosos, com as mãos para trás do corpo, como em sentinela, sem tocar na incubadora temos pais que podem tocar, falar e conversar comigo e com seu filho. O toque, o contato corpo a corpo, ainda que restrito, de um pai com o seu bebê pode acontecer. E a partir daí, quem sabe uma nova história pode se inscrever?

Nomear para as famílias que esse é o início de uma história, talvez permita a eles ressignificar o que estão vivendo. E quem sabe vislumbrar um fim para essa enxurrada de angústia.

A oferta da escuta pode suscitar em uma UTI Neonatal a possibilidade de falar sobre nossa impotência, sobre nossa finitude, sobre o inominável, sobre a morte. Sobre ela, uma seção à parte.

5.2 À ESCUTA DO INDIZÍVEL

Acompanhar crianças que acabam de nascer em seu processo de morrer é um evento doloroso para todos em seu entorno. No entanto, há algo ali que diz mais sobre nós mesmos do que sobre aquele que está morrendo. Morrer diz da condição humana, da condição de desamparo. A impossibilidade de colocar palavras diante da finitude, da fragilidade humana apenas aumenta o sofrimento e a solidão no tempo que se vive até a morte.

A Psicanálise tem muito a dizer sobre o indizível de ter um filho em uma UTI Neonatal. Recortaremos a posição do psicanalista na instituição de saúde, na especificidade do atendimento a pais, bebês e equipe em UTI Neonatal e a questão da morte. Esses recortes podem trazer elementos que auxiliem na construção de uma posição crítica e advertida sobre o lugar do psicanalista em uma equipe de Cuidados Paliativos em Neonatologia.

Segundo Kovács (2003), os Cuidados Paliativos permitem a possibilidade de aceitação da morte e do processo de morrer como algo que faz parte da vida, um

ato humano tão importante quanto nascer ou viver. A morte não deve ser entendida como um fracasso, uma derrota ou um inimigo a ser combatido. A morte pode ser vista como um tabu, como aquilo que não pode ser nomeado, um interdito, levando pacientes e familiares à solidão, ao abandono, à incompreensão, ao desamparo e à dor de não poder falar de suas perdas e de seu sofrimento.

Sobre a escuta de pacientes terminais, Moretto (2002) esclarece que na maioria das vezes, o paciente à beira da morte e que sabe disso, não tem uma demanda de análise, mas sim um pedido de apaziguamento da angústia de morte. O que o analista pode fazer é se oferecer como escuta, como um Outro que possibilita a fala, dado que as formações simbólicas têm como função dar conta da angústia, ainda que não toda. A questão da morte, que para Freud não seria analisável, precisa ser falada. Quando se diz que não há o que fazer com o paciente terminal, é porque, na verdade, é muito difícil escutar sobre a morte: a real concretização da castração que o neurótico evita a cada momento de sua vida.

Mathelin (1999), em relação ao processo de morrer dos pequenos pacientes, reconhece que seu trabalho mais importante no Serviço Neonatal de Urgência Pediátrica foi o acompanhamento dos bebês moribundos até o último sopro e a instalação de um quarto de despedidas onde cada um, como sujeito, pode estar presente, caso deseje, junto dos pais e dos bebês já mortos:

Nosso trabalho foi de situar a importância para as crianças e suas famílias de não escamotear a morte. Uma vida de dois dias é, apesar de tudo, uma vida, tendo um início e fim, uma história de ser humano que se inscreve em toda uma problemática familiar. Quanto mais o bebê for falado, mais lugar será dado às circunstâncias de seu nascimento e de sua morte, mais teremos nos dirigido à criança e mais os pais estarão em condição de fazer seu luto desse bebê. (MATHELIN, 1999, p. 113)

Jerusalinsky (2002) afirma que cabe ao analista a escuta do que permanece recalçado diante do imperativo maior que tem guiado a ética da medicina: “a vida a qualquer preço”. Quando se dá lugar à palavra, acaba por emergir o que resulta insuportável e que, ao mesmo tempo, permeia todos os laços que se estabelecem: o desejo de morte, o que o amor dos pais comporta de terrivelmente mortificante.

Para a autora, quando não há a abertura de um lugar para a elaboração do luto diante da morte de um ser querido, há a produção de efeitos sintomáticos. Aí podem incidir as intervenções do analista, ao nomear e permitir a nomeação do que se está vivendo, possibilitando a construção de despedidas no sentido de que se possa operar uma inscrição simbólica em relação a esse bebê. Trata-se de tirar o bebê de uma condição de segunda morte, da morte para além do orgânico: a morte simbólica, um apagamento do registro simbólico de existência.

E é essa condição que cabe ao psicólogo ou ao psicanalista que, tendo como função o resgate do humano, escolhe trabalhar no acompanhamento do processo de morrer de seus pequenos pacientes. Escutar, reconhecer e permitir que bebês, pais e profissionais possam falar do desamparo e dos interditos, dessa experiência que diz de todos nós. É sobre essa possibilidade que Rosália e a pequena Jasmim (KRODI, 2008) dão seu testemunho de dor, de vida, de morte, de acolhimento e de humanidade.

Ao chegar no fim da tarde na UTI neonatal, uma das enfermeiras me conta de Rosália: sua filha está com uma infecção bastante grave e ela, muito sozinha. Rosália está na poltrona ao lado do berço de Jasmim, há sempre alguém ali por perto, fazendo algum procedimento no bebê. Quando finalmente as duas ficam a sós, vou até elas, apresento-me e pergunto se podemos conversar. Ela aceita e eu

me sento ali, ao lado do berço no saguão da UTI neonatal. Rosália conta que sua filha está com uma infecção muito séria. Todos os dias ela vem ao hospital com a esperança de vê-la melhor, mas a encontra cada vez pior. É isso o que os médicos lhe dizem e o que ela vê no corpo de Jasmim. Rosália reconhece que sua filha não vai resistir.

Jasmim tem apenas 20 dias de vida e nasceu com os órgãos abdominais para fora de seu corpo. A gravidade da malformação impedia a correção cirúrgica: Jasmim não tinha espaço suficiente em seu abdômen para abrigar seus órgãos. Apesar de ter o diagnóstico fetal e saber que a filha precisaria de uma cirurgia logo ao nascer, Rosália não sabia que seria assim tão grave, esperava que a filha fosse para casa depois de alguns meses de internação.

Rosália, muito emocionada, sabe que sua filha está sentindo dor e o que acontecerá com ela. Achava que o seu sofrimento acabaria com o fim da gravidez e o nascimento de Jasmim. Agora a filha sofre com dores, tubos, picadas, ventilação mecânica, nutrição parenteral e toda a parafernália de uma UTI neonatal. E a mãe sofre por estar ali a seu lado, há vinte dias, sem nunca ter pegado sua filha no colo, abraçado e colocado Jasmim em seu peito. Rosália fala de seu desejo e de sua dor.

Seu maior sofrimento é não poder fazer nada, não poder ser mãe nem aconchegar a filha em seus braços, não poder materná-la. Jasmim está envolta em fios e tubos de modo que Rosália só pode lhe tocar o rosto. Acariciando Jasmim, a mãe diz que a filha não é mais a mesma desde que nasceu, está amarela, com a cabeça tão inchada que não consegue mais abrir os olhos. Fala dos presentes, dos preparativos, dos vestidinhos e dos lindos sapatinhos que Jasmim ganhou e nunca poderá usar. Rosália fala do lugar que Jasmim tinha em sua vida e em sua família

mesmo antes de nascer. Quando pergunto se ela não pode usar ali os sapatinhos que nunca usou, Rosália me mostra os pés inchados e cheios de fios da filha.

Miguel, seu filho de 6 anos quer saber da irmã, faz perguntas sobre sua barriga, quer conhecê-la, saber com quem se parece e faz planos para quando ela for para casa. São apenas os dois, Rosália e Miguel, que esperam por Jasmim. Rosália disse ao filho que sua irmã virará um anjinho e cuidará dos dois lá do céu. Com tristeza reconhece que Miguel não entendeu. Rosália não pronuncia a palavra morte, mas não deixa dúvidas de que esta se aproxima e, apesar dos esforços de todos, é inevitável.

A mãe não quer mais que a filha sofra. Seu maior medo é que a menina fique com feridas extensas e profundas no corpo todo como o bebê que morreu há poucos dias na incubadora da frente. Inconsoladamente, Rosália reconhece que nessas condições não conseguiria mais ver a filha. Hoje, ela passa as tardes com Jasmim, enquanto Miguel a espera em casa, ansioso por notícias da irmã.

Rosália conta a história das duas até ali. Fala repetidas vezes de seu sofrimento durante a gravidez, a rejeição que sofreu do pai de Jasmim e sua solidão. Em meio a tanta tristeza, sobrou para ela uma gravidez que não acabava nunca, parecia uma eternidade. Para ela, o nascimento da filha marcaria o fim de tanto sofrimento.

Rosália sempre quis ter uma filha, uma menina para enfeitar. É a terceira de quatro mulheres além de quatro irmãos por parte da mãe. Sua própria história é atravessada por abandonos, negligência e violência. Rosália e seus irmãos inúmeras vezes estiveram à própria sorte e com tristeza reconhece a indiferença de sua mãe. Apenas com a morte de seu padrasto agressivo e molestador, há um

movimento em sua própria história. Rosália e as irmãs entram para a escola e vão em busca do pai. Nas palavras de Rosália, essa morte foi uma benção de Deus.

Será a morte de Jasmim também uma benção agora? Um alívio para a dor e o sofrimento, como aquele esperado no nascimento de Jasmim que não veio? Será que essa morte pode colocar novamente em marcha a vida de Rosália? Será que esse é o indizível entre elas?

Agora, Rosália gostaria de um colo, um afago e algumas palavras de consolo vindas da boca de sua mãe. Rosália quer ser maternada, agora mais do que nos momentos em que ainda menina esteve sozinha, por conta própria em sua vida. É agora, com sua filha morrendo no hospital, sem poder aconchegá-la em seus braços, que Rosália sente mais falta do aconchego e do amparo de sua própria mãe.

Intervenho marcando a importância de Rosália ter contado essas histórias ali, para mim e para Jasmim. O sofrimento, as dificuldades e o esforço das duas para estarem ali, juntas. Apesar ou justamente por sua infância, sua família e sua gravidez, Rosália estava ali, ao lado de sua filha pelo tempo que fosse possível. Cuidando de Jasmim do melhor jeito que ela poderia ser cuidada. E como era difícil ser mãe de Jasmim naqueles tempos!

Quando lhe pergunto se ela acha que Jasmim está escutando, ela diz que às vezes sim, outras não. Antes, pedia para a filha abrir os olhos para ver a mamãe e Jasmim, com esforço, correspondia. Há tempos Jasmim não responde mais, nunca mais abriu os olhos para ver sua mãe.

Uma hora já havia se passado. Como interromper um atendimento, uma pequena morte, em que a própria morte é o desfecho? Como me despedir de

Rosália e de Jasmim, tendo a certeza em mim de que não veria mais o bebê com vida?

Ao mesmo tempo em que acompanhei Rosália em sua solidão, em seu luto, e em sua dor, sabia que o melhor que eu podia fazer por ela era escutá-la colocar palavras no horror que vivia. Escuta atenta da difícil despedida que organiza, antecipa e acalenta. Escuta para além daquilo que é dito, para a dor, o desamparo e a morte. Escuta do indizível. Rosália agradeceu com um beijo, também me cuidando, dizendo para eu ficar com Deus.

Discuti com a equipe de enfermagem que a dor maior de Rosália não era saber que a filha estava morrendo, mas era não se sentir cuidando de Jasmim, não se sentir mãe. Pergunto o quanto é possível aproximar fisicamente mãe e filha, em um contato corporal fundamental para a história das duas. Infelizmente, as condições de Jasmim não permitiriam muito.

No dia seguinte, sou informada que Jasmim havia morrido naquela madrugada. A tristeza de Rosália foi chegar ao hospital depois que sua filha havia sido encaminhada ao Serviço de Verificação de Óbito, medida protocolar da unidade. Rosália não queria a necropsia, queria que Jasmim descansasse em paz, mesmo que isso lhe custasse não saber a causa da morte da filha. A frustração e a impotência tomaram conta de médicos, enfermeiros, de Rosália e de mim. Nem eu, nem Rosália, nem ninguém conseguiu poupar novamente Jasmim e sua mãe de mais sofrimento.

Ainda que seja possível a escuta analítica do indizível na UTI neonatal e que isso tenha efeitos, há algo da ordem do coletivo que precisa ser cuidado. O sujeito precisa encontrar brechas para que seu desejo seja de fato escutado, para além de

medidas protocolares e da cultura institucional. A UTI Neonatal, no limite, diz da solidão que se vive entre vários. São bebês moribundos, famílias e membros da equipe, cada um com sua dor. O funcionamento fragmentado da unidade e seus especialistas, por mais capacitados que sejam, nunca será capaz de propiciar o acolhimento do ser humano que lá sofre por inteiro e não em pedaços.

Com tempo e disponibilidade pessoal, é possível tecer uma rede de cuidados que busque proporcionar alívio, sustentação e qualidade de vida para todos os que ali nascem, vivem, trabalham e morrem. É preciso “forjar no trigo o milagre do pão” e “roubar da cana a doçura do mel”, como diz a bela música de Milton Nascimento e Chico Buarque. O maior desafio para os profissionais de saúde nos dias atuais é estar junto na dor, no sofrimento e, principalmente, no processo de morrer. É esse o convite bastante recompensador que eu, Rosália e Jasmim fazemos a quem disso escolher se ocupar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que pode um analista em uma UTI Neonatal? Essa pergunta foi o ponto de partida para a composição desta Dissertação, ao mesmo tempo em que permitiu uma reflexão sobre uma prática clínica que transcende os limites da relação analista e paciente. Tal prática amplia-se para integrar ao discurso médico os outros discursos presentes nesse cenário. E para devolver à família um bebê, um recém-nascido acometido por uma doença e inserido em um cenário de vida e morte.

O referencial teórico que acompanhou esse percurso traçado foi o psicanalítico. O saber aqui desenvolvido colocou a psicanálise em confronto com as manifestações psíquicas mobilizadas pelo sofrimento, desamparo e angústia que se manifestam e se inscrevem-se no recém-nascido adoecido e em todos a seu redor.

Há impasses e possibilidades na rotina de uma UTI Neonatal que tem na subjetividade e singularidade das pessoas que integram o seu cenário o elemento diferencial do trabalho de um analista.

São histórias com as quais um analista se depara e que se intercalam com o choro e a emoção de quem faz a narrativa: o bebê, seus pais e a equipe de saúde.

O que parecia indizível ganha corpo e cara e recupera a identidade deixada do lado de fora da UTI Neonatal. O recém-nascido é um paciente, um caso clínico convertido em um prontuário, necessário, que se absolutiza no poder da ordem médica sobre ele. Para o analista é alguém que tem algo a dizer, qualquer que seja a forma e seus interlocutores, cujos limites transcendem o da incubadora ou do berço que o contém.

Cuidar desse recém-nascido é poder aproximar-se dele e de sua família, em geral, sua mãe, que está presente no cenário. O que essa mãe tem a dizer? O que só a dor e o sofrimento tem a nos ensinar. A história do seu pequeno bebê mescla-se a sua própria história, a qual ela pode, por fim, significar.

O analista na UTIN tem que inventar o seu lugar. Não obstante, não é fazer algo diferente, mas fazer diferente o que ele já faz. Ao longo das cenas, personagens e conceitos que foram trabalhados nesta Dissertação, aliados à prática clínica das quais se originou, foi possível construir para mim mesma alguns pontos que considero como importantes a serem investigados junto aos bebês, seus pais e a equipe de saúde.

Essa compilação, não deve nunca ser interpretada como um roteiro de entrevista dirigida ou um questionário fechado. E sim como um instrumento facilitador e organizador que tem como função apenas destacar os pontos nevrálgicos do atendimento analítico em UTI Neonatal, sem jamais relegar a observação e a escuta do sujeito para segundo plano.

Afinal, é somente a partir de nossa disponibilidade pessoal para o encontro com o sujeito e da produção do saber que acontece na análise que nossa intervenção pode acontecer como analista. Feita essa ressalva fundamental, compartilho nesta Dissertação de Mestrado o que pude compilar nesse tempo a partir da minha clínica e de minhas interlocuções com a teoria.

Pontos a serem investigados junto às mães:

- Qual a interpretação e vivência psíquica quanto à internação e às rotinas da UTI?
- Há compreensão do que acontece com a criança?
- Qual o impacto das notícias de diagnóstico e internação na UTI para a mãe em termos de função materna?
- Quais são os recursos e as possibilidades de reorganização psíquica da mãe?
- Qual o lugar que a criança ocupa para essa família?
- Foi possível a abertura psíquica da mãe para esse bebê? Em que medida?
- Como o nascimento de uma criança com problemas marca o narcisismo dos pais?
- É possível para essa família fazer apostas e investir libidinalmente a partir do diagnóstico e do prognóstico da pequena criança?
- Recursos externos: quem e/ou o que sustentam essa mãe?
- Como é vivenciada a separação entre mãe e criança durante as internações?
- Qual a maternagem possível e como é a delegação de cuidados e saberes à equipe e aos equipamentos?

- Quando se iniciou o luto do filho imaginado? Com o diagnóstico fetal ou ao nascimento?

Pontos que merecem ser investigados junto aos pais:

- Quem exerce a posição de suporte para as mães?
- Como o nascimento de uma criança com problemas afeta o narcisismo do pais?

Sobre o trabalho do psicólogo junto à equipe, é preciso discutir:

- A discussão em torno da construção do laço mãe-criança
- A rotina de procedimentos invasivos, dolorosos e anti-fisiológicos para o bebê
- A comunicação das condutas e procedimentos para o acompanhante e para o bebê
- A comunicação das hipóteses diagnósticas, da doença e do prognóstico
- Possibilidades de compreensão cognitivas e psíquicas dos acompanhantes
- Limites pessoais dos membros da equipe

- Impotência, cuidados paliativos, luto e morte. Tanto por parte das famílias como também da equipe

Sobre indizível, cabe ao psicólogo:

- Cavar um espaço em que ele possa ser falado, por aqueles que assim o desejarem
- Cuidados paliativos e luto – meu corpo, minhas palavras e meu psiquismo em empréstimo

Certamente, há muitos outros projetos de trabalho igualmente interessantes a serem desenvolvidos em UTI Neonatal. Cada unidade, de acordo com seu público e com a sua demanda, pode criar e recriar infinitas vezes as modalidades de intervenção pertinentes naquele momento.

Em seguida menciono algumas que cheguei a pesquisar e começar a elaborar, mas, infelizmente, não houve tempo suficiente em minha caminhada na UTI Neonatal. Fica aqui o desejo e o convite que novos analistas possam se ocupar desses pequenos bebês tão gigantes como qualquer sujeito.

Projetos igualmente interessantes que podem ser implementados em uma UTI Neonatal:

- Grupo semanal de cuidadores para falar de questões psíquicas ou problemas que encontram na rotina da UTI Neonatal: comunicação com a equipe, as regras, as dificuldades da separação, a instabilidade dos bebês, a angústia dos familiares, etc.
- Primeira entrevista individual com as mães que acabaram de chegar. Essa entrevista visa investigar o lugar e o espaço criado para essa criança por seus pais e como está sendo vivida e interpretada a prematuridade do bebê. O seguimento será indicado ou não a partir dessa entrevista.
- Trabalho junto à equipe para tratar o tema da morte, baseado em artigos e textos, contextualizando a questão na atualidade e na prática médica.
- Aula para os residentes sobre o público da UTI Neonatal, o que é importante observar do ponto de vista “psi”, o que é esperado e a equipe precisa suportar, sinais de riscos, a comunicação do diagnóstico e da evolução do bebê, a escuta dos pais.
- Hora da conversa: possibilidade de estabelecermos um horário fixo na rotina dos médicos residentes para o trabalho de escuta e comunicação com os pais, essencial para a formação do pediatra. Trabalho semanal que necessita de supervisão.
- Horário de descanso dos bebês: estabelecer períodos de pausa na unidade para descanso dos bebês, com rebaixamento das luzes, dos sons, interrupção da coleta de exames, do telefone, dos exames físicos, das discussões sobre os casos e das visitas.

- Álbum de fotografias: implementar para bebês prematuros com longas hospitalizações e outros bebês com doenças ou malformações congênitas a possibilidade de registro desses primeiros meses de vida. Alguns desses bebês ficam mais de quatro meses internados sem nunca ter deixado o hospital. Os outros familiares não o conhecem e quando acontece de o bebê morrer na UTI, os pais não tem nenhum registro fotográfico da criança.
- Visitas de familiares: repensar a proibição da visita dos familiares, estabelecendo uma programação, uma nova regra para a unidade. Por exemplo: bebês que estão há dois meses internados direto podem receber visitas dos avós em horários pré-estabelecidos. A psicóloga pode acompanhar os visitantes colocando palavras para mediar o que vão encontrar.
- Ritual de entrada na unidade: trocas entre a mãe e o bebê, ao chegar na unidade, a mãe pode deixar algo seu como uma peça de roupa, um lenço, algo que o bebê possa reconhecer como dela e a mãe pode levar uma fotografia do bebê para ter algo dele enquanto estiverem separados.
- Acompanhamento dos prematuros no ambulatório: acompanhar as marcas psíquicas da prematuridade, das intervenções precoces, por vezes dolorosas, e do período prolongado de hospitalização. Quais são os registros desses bebês sobre essa vivência? Que marcas regem a relação mãe e bebê nessas circunstâncias? Há uma clínica específica dos bebês prematuros?
- Grupo de pais junto à equipe médica: manter o grupo realizado com familiares e equipe multiprofissional para discutir a evolução do bebê, investigações

diagnósticas, tratamento e as dificuldades, angústias geradas com a hospitalização e etc.

- Incentivar o método canguru: criar grupo multiprofissional e formá-los para o método canguru, inclusive com crianças graves. Identificar os profissionais com maior disponibilidade para esse trabalho.
- Implementar grupo interdisciplinar sobre as vicissitudes do trabalho: tomando os bebês, suas famílias e a equipe de saúde em sofrimento como matéria prima para o trabalho.
- Instaurar dispositivo para discussões interdisciplinares de casos: é a interlocução constante entre os diversos profissionais que possibilita a troca e quiçá a formalização de uma prática de atendimento.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, R.O. **De mães e de filhos.** Disponível em: http://www.estadosgerais.org/atividades_atuais/de_maes_de_filhos.shtml. Acessado em 08 Ago. 2007.

ANSERMET, F. **Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise.** Rio de Janeiro: Contra-capa Livraria, 2003.

BARROS, E.N. Aspectos Psicológicos Relacionados ao Cuidador/Família. In: CAMARGO, B; KURASHIMA, A. **Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica: o cuidar além do curar.** São Paulo: Lemar, 2007.

BARROS, V.P.M.F.R. Doença crônica e implicação no tratamento. In: MARCONDES, E. e cols (orgs). **Pediatria Básica.** Tomo I: Pediatria Geral e Neonatal. São Paulo: Sarvier, 9ª ed, 2002, p. 792-793.

BERNARDINO, L.M.F. **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição.** São Paulo: Escuta, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CATÃO, I. Um lugar também de palavras. In: BERNARDINO, L.M.F.; ROHENKOHL, C.M.F. (org.). **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CLAVREUL, J. **A Ordem médica: Poder e impotência do discurso médico.** Tradução do Colégio Freudiano do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. Brasiliense, 1983.

CORIAT, E. **Psicanálise e clínica de bebês**. Tradução de Julieta Jerusalinsky. Porto Alegre: Artes e Ofícios Ed., 1997.

CRESPIN, G.C. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DOR, J. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Tradução de Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus Editora, 1983.

ELIACHEFF, C. **Corpos que gritam**. A psicanálise com bebês. Tradução de Sonia Goldfeder. São Paulo: Editora Ática, 1995.

FREUD, S. Projeto para uma Psicologia Científica (1895). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, v.I, p. 303-409, 1996.

_____. Sobre o narcismo: uma introdução(1914). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, v.XIV, p. 77-110, 1996.

_____. Conferência XXV: A ansiedade (1917). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, v.XVI, p. 393-412, 1996.

_____. Além do princípio do prazer (1920). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, v.XVIII, p. 13-78, 1996.

_____. Inibições, sintoma e ansiedade (1926{1925}). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, v.XX, p. 81-174, 1996.

_____. O mal-estar na civilização (1930{1929}). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora, v.XXI, p. 67-150, 1996.

GAIVA, M.A.M.; DIAS, N. da S. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. **Rev Paul Enf**, v.21, n. 3, p. 234-9, 2002.

GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.; MARTINEZ, F.E. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **J Pediatr**. Rio de Janeiro; 81:435-42, 2005.

GOMES, A.L.H. **As especificidades do vínculo da mãe com o bebê pré-termo na situação de internação**. 2001. 119p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

GRUNAU, R.V.E.; CRAIG, K.D. Pain expression in neonates: facial action and cry. **Pain**. 28:395-410, 1987.

GUINSBURG, R. et al. Are behavioral scales suitable for preterm and term neonatal pain assessment? In: JENSEN, T.S.; TURNER, J.A.; WIESENFELD-HALLIN, Z. editors. **Proceedings of the 8th World Congress on Pain**. Seattle: IASP Press, p.893-902, 1997.

JAPIASSU. **Introdução à epistemologia da psicologia**. Rio de Janeiro : Imago Editora, 1975.

JERUSALINSKY, A. et al. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. 3ª. Edição. Porto Alegre: Artes e Ofícios Ed., 2004.

JERUSALINSKY, J. Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal In: **Estilos da Clínica**. vol. 5, no. 8 (1º. Semestre de 2000). São Paulo: USP-IP, 2000.

_____. Crônica de um bebê com uma morte anunciada. In: BERNARDINO, L.M.F.; ROHENKOHL, C.M.F. (org.). **O bebê e a modernidade**: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002

KOVÁCS, M. J. Atendimento psicológico em unidades de cuidados paliativos In: **Revista Brasileira de Medicina**. vol. 56, no. 8, p.786-794, 1999.

_____. **Morte no contexto dos cuidados paliativos.** São Paulo: Instituto Simbidor, p. 293-296, 2003.

KRODI, P. Cuidados paliativos em neonatologia: à escuta do indizível. In: TERMAN, D.; KUPFER, M.C.M (org). **O que os bebês provocam nos psicanalistas.** São Paulo: Escuta, 2008.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1969.

KURASHIMA, A.Y.; CAMARGO, B. Cuidados Paliativos: Aliviar sem Curar. In: CAMARGO, B.; KURASHIMA, A.Y. **Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica: o cuidar além do curar.** São Paulo: Lemar, 2007.

LERNER, R.; KUPFER, M.C.M. **Psicanálise de crianças: clínica e pesquisa.** São Paulo: Escuta, 2008.

MARTINS, L.A.N.; RAMALHO, M.A.N. Aspectos Psicológicos Relacionados ao Profissional: Burnout. In: CAMARGO, B.; KURASHIMA, A.Y. **Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica: o cuidar além do curar.** São Paulo: Lemar, 2007.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MENEZES, L.S. **Pânico: efeito do desamparo na contemporaneidade.** Um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP (Teses e dissertações), 2006.

MORETTO, M.L.T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. **O psicanalista num transplante de fígado: a experiência do “outro em si”.** 2006. 262p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

NAKAGAWA, P.Y. **Intervenção precoce**: o alcance da escuta psicanalítica de pais e bebês. 2006. 97p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

QUAGLIA, G. **A Dimensão Trágica da *Hilflosigkeit* em Freud**. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Texto não publicado.

RITVO, L. B. **Influência de Darwin sobre Freud**: um conto de duas ciências. Tradução de Julio Cesar Castanon Guimarães. Rio de Janeiro : Imago, 1992.

SAUNDERS, C. **Hospice and palliative Care**. An interdisciplinary approach. London, Edward Arnold, 1991.

SPITZ, R.A. **O Primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais - São Paulo : Martins Fontes, 1979.

TEPERMANN, D.W. **Clínica psicanalítica com bebês**: uma intervenção a tempo. São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP, 2005.

WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1960.

8 ANEXO A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: PSICANÁLISE, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO NA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ANALISTA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Prezado Participante,

Esta pesquisa tem como objetivo realizar um estudo do lugar do analista em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e está sendo realizada pela mestrandia PRISLAINE KRODI DOS SANTOS do curso de pós-graduação em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP, sob a orientação da Profa. Dra. Walquiria Fonseca Duarte. Por favor, leia as informações fornecidas e, caso concorde em participar como voluntário da pesquisa, preencha e assine a ficha abaixo. Obrigada pela colaboração!

Assinando o Termo de Consentimento, estou ciente de que:

Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo absoluto. As informações obtidas por meio da pesquisa serão utilizadas apenas para alcançar o objetivo do trabalho, acima exposto, cujos resultados gerais poderão ser publicados em periódicos científicos;

Os procedimentos aplicados não oferecem riscos à minha integridade moral, física ou mental;

Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;

Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 9579-6347.

Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com a pesquisadora responsável;

Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.

Eu, _____, R.G. _____, residente _____ à

na cidade de _____, UF _____, telefone () _____, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa supracitada.

São Paulo, _____ de _____ de 2008.

Assinatura

PRISLAINE KRODI DOS SANTOS