

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC/SP

Renata Pereira Condes

Pensando o impensável: intervenções do psicólogo de base psicanalítica em  
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC/SP

Renata Pereira Condes

Pensando o impensável: intervenções do psicólogo de base psicanalítica em  
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob orientação do Prof. Doutor Luis Cláudio Figueiredo

SÃO PAULO

2012

Banca Examinadora

---

---

---

## **Aos bebês**

A todos os bebês que tiveram seu início marcado pelo limiar tênue que separa a vida da morte e que, do alto de sua pequenez no mundo, fazem com que nos confrontemos com nossos limites, certezas e esperanças.

## Agradecimentos

Aos meus pais, pela aposta e pelo investimento constantes em minha formação pessoal e profissional. À minha mãe, Dulce, pelo apoio incondicional e pelas convocações necessárias ao longo da vida. Ao meu pai, Paulo, pela paciência e compreensão com minhas escolhas. Minha gratidão.

Aos meus queridos avós, Maria e Victor, modelos de uma vida inteira, pelos cuidados exercidos ao longo das gerações; aos meus avós paternos, Josepha e João (*in memoriam*), pelo carinho enquanto estiveram por perto.

Para a Fernanda, minha irmã, e para o Daniel, meu cunhado, pela companhia e pela compreensão de minha ausência neste início de vida juntos.

Ao meu orientador, Luis Cláudio Figueiredo, pela aposta em meu trabalho, pela dedicação na leitura de minhas produções e pelo acolhimento na justa medida diante de alguns percalços. Pela construção de um modo de pensar crítico e ético, minha admiração.

À Banca do Exame de Qualificação, composta por Isabel Kahn Marin e Octavio Souza, pela rica interlocução e pelas valiosas sugestões, que em muito enriqueceram a presente pesquisa.

À PUC/SP, que, novamente, me acolheu nesta outra etapa de minha formação. Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e aos professores que o compõem, em especial à Elisa Maria Ulhôa Cintra.

Aos colegas e amigos do grupo de orientação, Andrea Morelli, Anna Carolina Scheuer, Beatriz Mano, Debora Pinheiro, Gina Tamburrino, Iza Maria de Oliveira, Marcela Monteiro, Maria Luiza Persicano, Pablo Godoy Castanho e Tatiana Inglez-Mazzarella, com quem tive a oportunidade de aprender e compartilhar muito mais do que a vida acadêmica, ao estabelecer laços afetivos firmes e uma rede de sustentação segura; pela leitura, pela rica interlocução e pelas sugestões cuidadosas, delicadas e pertinentes no decorrer destes anos de pesquisa. Em especial, a Carol Scheuer e Gina Tamburrino, pela amizade consolidada.

Aos demais colegas das aulas da pós-graduação, que acompanharam o processo deste estudo, em especial a Bernadette Casali, Marina Ribeiro, Rachele Ferrari e Simone Varandas.

À Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, pela oportunidade de integrar a sua grande equipe.

Ao Serviço de Psicologia da Santa Casa de São Paulo, pela inserção nesse grupo de profissionais comprometido com o desenvolvimento da prática psicológica em saúde. Agradeço em especial a: Wilze Laura Bruscatto, gerente do Serviço de Psicologia, pela

transmissão do rigor e do compromisso ético e técnico com a Psicologia; Maria das Graças Saturnino Lima, chefe do Setor de Ensino e Pesquisa do Serviço de Psicologia, pela inestimável ajuda e pelo incentivo na condução da presente pesquisa; às demais chefias e a todas as colegas desse serviço, que compartilham diariamente experiências, alegrias e frustrações. Um agradecimento especial a Carolina Castelli e Lia Azevedo, pelo auxílio nos procedimentos do Comitê de Ética.

Ao Serviço de Neonatologia da Santa Casa de São Paulo, pela receptividade à minha chegada e ao meu trabalho. Agradeço especialmente ao Dr. Maurício Magalhães, chefe do Serviço de Neonatologia, pela aposta em meu trabalho e pelo reconhecimento dele; ao Dr. Tabajara Barbosa Lima Neto, pela sensibilidade às questões emocionais e pelo empenho diante delas; e a todos os membros da equipe multiprofissional – cuja nomeação individual seria impossível –, com quem compartilho cotidianamente os desafios, as dificuldades, as inquietações e o entusiasmo do trabalho com bebês no limiar entre a vida e a morte.

À Ana Cristina Marzolla, pela delicadeza e continência com que conduz a escuta de minha clínica.

À Renate Meyer Sanches, pela inestimável contribuição na consolidação e na construção de meu fazer e pensar a prática com bebês.

À Daniela Sitzer, pela escuta delicada e promotora de transformações importantes ao longo desses anos.

À Erika Nakahata, pela minuciosa revisão e pela valiosa contribuição à escrita deste trabalho.

A todos os amigos que, mais ou menos presentes, contribuíram diretamente na produção deste trabalho, lendo-o e dando sugestões, ou indiretamente, ao me dar apoio e compreender minhas ausências. Em especial: Carla Regina Boldrini, Vivian Goldman Corch, Marina Tobias, Mariana Ferretti, Juliana Teixeira da Silva, Paula Aftimus e Tatiana Pascalicchio.

Ao Rodrigo, pela necessária paciência e compreensão durante esta fase e pelo incentivo em minhas escolhas, e por compartilhar cotidianamente de minhas conquistas e realizações.

Agradeço à Capes, pela bolsa concedida.

## Resumo

O presente estudo emerge com base em minha prática como psicóloga em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI neonatal) e versa sobre as possibilidades de intervenção do psicólogo com os diferentes personagens desse cenário – bebês, pais, familiares e equipe de saúde – e em variadas situações, discutindo como tais intervenções podem operar efeitos terapêuticos e preventivos em termos de saúde mental. Com a finalidade de atingir tal objetivo, percorrem-se conceitos teóricos, sustentados no referencial psicanalítico, que auxiliam na compreensão dos fenômenos psíquicos vigentes e embasam as modalidades de intervenção; são eles: trauma, desamparo, angústia, luto e simbolização. Ademais, faz-se uma revisão da literatura sobre intervenção psicológica com bebês e em UTI neonatal, articulando tais ideias com as funções de cuidado propostas por Figueiredo (2009). A partir do método qualitativo de pesquisa, com uso da observação participante, do diário de campo e da análise de casos/situações, busca-se teorizar, rever e construir modalidades de intervenção psicológica nesse cenário, considerando a contextualização desse ambiente e as atividades lá desenvolvidas. Analisam-se cenas do grupo de pais da unidade, dois casos de visita de irmãos, dois casos de atendimento pais-bebê e um caso de atendimento em situação de óbito do recém-nascido. Evidencia-se que, resguardadas as especificidades de como promover intervenções com cada personagem desse contexto, é função primordial do psicólogo possibilitar condições para a instalação de lutos e simbolizações, processos esses rompidos ou abalados pelo traumático da situação e do paradoxo recém-nascido para a vida *versus* recém-nascido diante da morte/doença. Propõe-se a sustentação de uma *clínica do holding* (BENAVIDES; BOUKOBZA, 1997) e uma clínica do testemunho, ao operar as funções de *holding* (WINNICOTT, 1960) e de *rêverie* (BION, 1962), resgatando, instaurando ou mantendo a atividade psíquica em funcionamento, além da oferta de cuidados em rede e em cadeia. Em última instância, constata-se como tarefa fundamental do psicólogo a instauração de um espaço-tempo para o pensar.

**Palavras-chave:** Psicologia; Psicanálise; UTI neonatal; relação bebê-pais-equipe.

## Abstract

The current study emerges from my work as a psychologist in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and deals with the possible interventions of a psychologist with the different characters in this scenery – babies, parents, relatives and health team – and in different situations, discussing how these interventions can have therapeutic and preventive effects in mental health. To achieve this goal, theoretical concepts, supporting different kinds of interventions, such as trauma, helplessness, anguish, mourning and symbolization were discussed, based on psychoanalytical references which help understand psychic phenomenons. In addition, a literature revision about psychological interventions with babies and in a NICU was done, articulating these ideas with the ones about care proposed by Figueiredo (2009). Using the qualitative method of research, with participant observation, field diary and analysis of cases/situations, some types of psychological interventions are theorized, revised and constructed in this scenery, taking into account the contextualization of this setting and activities performed there. Scenes of parents' group and two cases of siblings' visit were examined. Furthermore, two cases of parents-baby and also a case of a newborn's death received psychological attendance and were analyzed. It is evidenced, safeguarding the specificities of how to promote interventions with each character in this context, that the prime role of a psychologist is to enable the beginning of mourning and symbolizations, which are ruptured or touched by the traumatic situation and the paradox newborn facing life *versus* newborn facing death/disease. It is proposed the maintenance of the holding and testimony clinic (BENAVIDES; BOUKOBZA, 1997), performing the functions of holding (WINNICOTT, 1960) and *rêverie* (BION, 1962), rescuing, initiating or keeping the psychic activity working, besides offering network and chain care . All in all, it is worth pointing out that the crucial role of a psychologist is to set a space-time so that it allows thinking.

**Key-words:** Psychology; Psychoanalysis; NICU; relationship baby-parents-health team.

# Sumário

<b>PARTE I – QUESTÕES INTRODUTÓRIAS</b> .....	11
<b>I. Nos arredores do tema e o caminho traçado: o pensar e o fazer do psicólogo em UTI neonatal</b> .....	11
1. Uma breve retomada .....	12
2. A proposta deste estudo .....	16
<b>II. Do método</b> .....	20
1. Desenho do estudo .....	20
2. Sujeitos .....	21
3. Instrumentos .....	21
4. Procedimento .....	24
5. Análise .....	26
<b>III. Abertura: o cenário de UTI neonatal</b> .....	27
1. Breve aproximação à cena traumática da UTI neonatal .....	27
2. Descrição do serviço e caracterização da equipe de saúde .....	38
3. A construção de um fazer: possibilidades de atuação .....	42
3.1. Reunião multiprofissional .....	42
3.2. Visita multiprofissional .....	43
3.3. Intervenção conjunta entre Psicologia e Serviço Social: os “casos sociais” .....	44
3.4. Atendimento à família ampliada .....	45
<b>PARTE II – A CLÍNICA NA UTI NEONATAL</b> .....	46
<b>I. Conceitos norteadores: sobre trauma, desamparo, angústia, luto e simbolização – Aprendendo com os fundadores</b> .....	46
1. Revisitando os conceitos norteadores .....	46
<b>II. Intervenções do psicólogo em UTI neonatal e formas de cuidado – Aprendendo com a literatura específica</b> .....	74
1. Revisitando a literatura específica .....	74
2. Sobre as intervenções psicológicas e formas de cuidado .....	87

<b>III. Pensando a prática: do silêncio da escuta às vozes dos personagens – Aprendendo com a experiência.....</b>	<b>97</b>
1. O grupo de pais: quem cuida de quem? Sobre defesas, angústia e possibilidades de simbolização.....	97
2. A visita de irmãos.....	113
2.1. A adoção do bebê pela irmã: Manuela vai ao encontro de Leticia.....	118
2.2. Separando histórias, desfazendo fantasias: as visitas de Miguel à Marina.....	125
3. O atendimento pais-bebê .....	130
3.1. Maria e João: o filho como representante da (im)potência materna?.....	133
3.2. Janete e a pequena Maria Clara: haverá lugar para mãe e filha?.....	147
4. O atendimento na situação de óbito.....	161
4.1. Helena e Ana Beatriz: revisitando perdas, proporcionando lutos.....	162
<b>IV. Sobre um espaço e tempo para pensar o impensável.....</b>	<b>172</b>
<b>Referências .....</b>	<b>178</b>
<b>Anexo A – Parecer final do Comitê de Ética.....</b>	<b>190</b>
<b>Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>191</b>

## PARTE I – QUESTÕES INTRODUTÓRIAS

### **I. Nos arredores do tema e o caminho traçado: o pensar e o fazer do psicólogo em UTI neonatal**

Desde a graduação em Psicologia, ao atender crianças com graves comprometimentos psíquicos, tenho desenvolvido grande interesse pela relação mãe-bebê, pelas interações precoces e pela constituição subjetiva do ser humano nesses primórdios. Naquela época, dei forma a meus questionamentos por meio da elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso, o qual versou sobre as condições intrapsíquicas e intersubjetivas necessárias para a aquisição da linguagem verbal na criança<sup>1</sup>.

Paralelamente a esse campo de interesse, outro despertava minha atenção: a atuação do psicólogo nas áreas da saúde e hospitalar. Foi então que, após a graduação, ingressei em um Programa de Aprimoramento Profissional oferecido pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), no Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” (HSPE-FMO). O atendimento diário no cotidiano hospitalar, por um ano, a pacientes de diversas faixas etárias e com diferentes demandas levou-me a refletir sobre os rearranjos intrapsíquicos presentes em um processo de ressignificação de eventos da história de vida, suscitados por situações relevantes como a perda de um ente querido, a ocorrência de doenças, o nascimento de um filho, entre outras. A monografia<sup>2</sup> apresentada no final do aprimoramento buscou refletir sobre a temporalidade inerente ao psiquismo e sobre suas incidências no processo de ressignificação da história de vida do sujeito.

Com a possibilidade de atuação como psicóloga em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI neonatal), duas áreas de interesse aparentemente distintas vieram a se encontrar. A imersão nesse cenário apenas intensificou dúvidas, questionamentos e reflexões sobre os processos iniciais de subjetivação, então incluídos em um contexto de hospitalização.

Desse modo, este trabalho busca dar forma a inquietações e reflexões oriundas da prática como psicóloga na UTI neonatal de um hospital escola. De início, diversos questionamentos emergiram, e foi necessário certo esforço para delimitar o campo desta pesquisa, a qual, ainda assim, comporta inúmeros desdobramentos.

---

<sup>1</sup> CONDES, R. P. *O que nos é dito pelo não falar: o mutismo em Psicanálise*. 2007. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) - PUC-SP, São Paulo, 2007.

<sup>2</sup> CONDES, R. P. *O tempo do intemporal: o múltiplo enlace entre passado, presente e futuro*. 2009. 55f. Monografia (Aprimoramento em Psicologia) - HSPE-FMO, São Paulo, 2009.

Nos casos de internação do recém-nascido em UTI neonatal, a relação inicial mãe-bebê e os processos de constituição subjetiva deste último (que permeiam e, na realidade, ocorrem na relação e com base nela) acontecem em um ambiente hospitalar e em um momento crítico para o bebê – que está enfrentando situações de adoecimento e, em diversas ocasiões, até mesmo risco de morte – e para os pais, que vivenciam diversos sentimentos.

Quais podem ser as marcas subjetivas formadas em um bebê que teve seu início de vida em uma UTI neonatal? Que efeitos podem ter as contínuas invasões a que estão submetidos? Que especificidades do vínculo mãe-bebê emergem nessa situação? É possível aos pais exercer suas funções, materna e paterna, nesse contexto e estando assolados pelo sentimento de terem produzido um filho “imperfeito”?

Ao redor desses pais e desse bebê há uma equipe de profissionais de saúde, que está submetida a uma intensa jornada de trabalho e sofre os efeitos de uma complexa carga emocional, oriunda da assistência a bebês doentes e a seus pais e familiares.

Como poderá a equipe de saúde auxiliar os pais no encontro com o bebê, na maioria das vezes, tão distante do idealizado? Que condições objetivas e subjetivas têm esses profissionais para cooperar na relação entre pais e bebê? Quais as repercussões diretas e indiretas àqueles que realizam a prática assistencial?

Existem muitos questionamentos, porém poucas respostas. Contudo, há um enorme desejo de adentrar esse universo, tão complexo quanto fascinante. Gradativamente, a partir da prática psicológica nesse cenário, pude delimitar o campo de estudo da presente dissertação, expresso nas seguintes questões: Qual a especificidade do trabalho do psicólogo<sup>3</sup> em UTI neonatal? Que tipos de intervenção operam nesse campo? Quais e quem são os alvos dessas intervenções? Até que ponto conseguimos intervir, isto é, quais são os alcances e os limites das intervenções?

## **1. Uma breve retomada**

Dentro da história da Medicina, a Neonatologia é especialidade recente. Foi somente na década de 1950 que pediatras interessados no tratamento, no diagnóstico e no estudo da clínica com bebês passaram a se reunir para compartilhar suas experiências e sistematizar o

---

<sup>3</sup> O leitor verá, no decorrer da escrita, que ora há referência ao psicólogo, ora ao psicanalista. Apenas para fins de esclarecimento, cabe especificar que minha inserção no hospital ocorre como psicóloga, enquanto minha reflexão em torno da prática e o eixo de sustentação das intervenções se dão, por escolha pessoal, com base na Psicanálise. Assim sendo, respeitarei a nomenclatura que cada autor utiliza para se referir ao trabalho do psicólogo ou psicanalista em UTI neonatal.

conhecimento produzido nessa área, formando, assim, uma nova especialidade médica. Além disso, com o crescente avanço técnico e científico do saber médico, a clínica da Neonatologia solidificou-se (SILVA, 2011).

Paralelamente, nas primeiras décadas do século XX, as teorias psicanalíticas sobre o desenvolvimento emocional da criança passaram a chamar a atenção dos estudiosos para a fundamental importância das relações precoces entre mãe e bebê para essa faceta desenvolvimental. Nessa perspectiva, destacam-se a psicanalista Melanie Klein (1882-1960), que, especialmente nos anos 1920 e 1930, teorizou sobre o funcionamento mental primitivo, e o pediatra e psicanalista Donald Woods Winnicott (1896-1971), que conferiu extrema relevância às relações iniciais mãe-bebê na formação da subjetividade. Na década de 1940, René Spitz (1887-1974) elaborou seu consagrado estudo sobre os efeitos da separação precoce mãe-bebê, cunhando os termos “hospitalismo” e “depressão anaclítica”.

Os trabalhos acerca da primeira infância prosseguiram nas décadas de 1970, 1980 e 1990. Bowlby (1979), com a Teoria do Apego, discorreu sobre os efeitos da separação precoce entre pais-bebê; os americanos Klaus e Kennel (1992) e Brazelton (1988) estudaram os possíveis efeitos psíquicos da situação de internação e hospitalização de crianças pequenas e também as eventuais consequências de tal situação no vínculo com a mãe. E, recentemente, têm-se observado estudos sobre as capacidades e competências inatas do bebê, que evidenciam também o papel ativo que este possui nas relações que estabelece (GOLSE, 2010; TREVARTHEN, 2011).

Nas últimas décadas, diante da consolidação da clínica de Neonatologia a partir dos anos 1950, do estabelecimento de UTIs neonatais e do desenvolvimento da clínica com bebês na Psicologia e na Psicanálise, houve considerável aumento de estudos sobre a hospitalização precoce do recém-nascido e suas repercussões no vínculo mãe-bebê. Assistimos, também, à abertura para a presença de psicólogos em hospitais gerais (BRUSCATO, 2004) e, mais recentemente, em ambiente de UTI neonatal (WANDERLEY, 2008).

Assim, tal expansão reflete-se em produções acadêmicas voltadas para esse campo de pesquisa, como podemos constatar em consulta ao Banco de Teses do Portal da Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ao acervo da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT). Com as palavras-chave “psicologia” e “UTI neonatal” ou com “psicanálise” e “UTI neonatal”, foram encontradas as seguintes temáticas pesquisadas:

- reações psicológicas maternas e paternas de ansiedade e depressão e seus conteúdos representacionais diante da internação do recém-nascido em UTI neonatal (BALDINI, 2002; CARVALHO, 2005; CORREIA, 2005);
- influência do método mãe-canguru em UTI neonatal, na construção da maternidade e na constituição subjetiva de crianças (FERREIRA, 2002; PAIM, 2007);
- exercício da função materna e paterna, significados e concepções da maternidade e da paternidade em UTI neonatal e suas repercussões na constituição subjetiva do recém-nascido (BAETA, 2009; BARRETO, 2011; CAUDURO, 2006; DIAS, 2008; MEDEIROS, 2010; WALDOW, 2007);
- vivências da mãe no Alojamento Conjunto quando o bebê está internado em UTI neonatal (ARAÚJO, 2007; DITZ, 2006);
- pesquisas sobre o “materno” em UTI neonatal: o saber materno, os cuidados possíveis dispensados pela mãe ao bebê, o estabelecimento da preocupação materna primária e a incidência do desejo materno na recuperação do recém-nascido (DINIZ, 2009; DITZ, 2009; ESTEVEZ, 2009; TORRES, 2009);
- estudos sobre pais e equipe de saúde em UTI neonatal: experiência de interação entre eles quando da informação do estado clínico do recém-nascido (SILVA, 2010); modos como ambos lidam com o nascimento de um bebê de risco (TAVARES, 2005); ações de suporte realizadas pelas redes sociais nos casos de internação neonatal para pais e profissionais de saúde (BRAGA, 2006); efeitos psíquicos ocasionados pela presença dos pais em UTI neonatal nos médicos residentes em Neonatologia (BATTIKHA, 2011); vivências maternas em UTI neonatal com o recém-nascido prematuro extremo e modo como a equipe pode favorecer ou dificultar a aproximação entre ambos (GOMES, 2009); repercussões, na equipe de enfermagem, das falas maternas sobre o bebê com malformação (POURCHET, 2010).

Sobre temas mais específicos, houve os seguintes destaques: Fogaça (2008) dedicou-se ao estudo do estresse ocupacional de enfermeiros e médicos de UTI pediátrica e neonatal; Araujo (2000) pesquisou as repercussões, nos pais, do tratamento do bebê com mielomeningocele; Hernandez (1996) refletiu sobre os significados da alimentação no estabelecimento do vínculo mãe-bebê prematuro; Battikha (2003) verificou as representações maternas sobre o bebê que nasce com doenças orgânicas graves; Fonseca (2004) abordou os efeitos da presença dos avós em UTI neonatal no tocante à construção da parentalidade; e

Nobre (2005) avaliou o desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida.

Algumas produções acadêmicas encontradas nesses bancos de dados aproximam-se da presente pesquisa por terem como objetivo refletir sobre os possíveis efeitos de intervenções psicológicas em tal cenário. São elas: efeitos da intervenção precoce na relação mãe-bebê em UTI neonatal (FEIJÓ, 1998); influência de intervenções lúdicas na diminuição da ansiedade em mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados (PERRONE, 2008); repercussões na relação pais-bebê e na equipe de saúde a partir da presença de um observador psicanalítico, baseado no método Ester-Bick (SOUZA, 2008); reflexões sobre as possibilidades de intervenção do psicanalista em UTI neonatal (KRODI, 2009).

Assim, constata-se serem poucos os trabalhos acadêmicos que discorrem sobre a função e as intervenções do psicólogo em um ambiente de cuidados intensivos neonatais, considerando-se as particularidades vigentes. Trata-se de um campo de pesquisa importante, haja vista o panorama histórico da inserção de psicólogos em UTIs neonatais. As produções que se destinam a refletir especificamente sobre esse tema são recentes, em consonância com a história da Neonatologia e com os estudos sobre a constituição e o funcionamento psíquicos dos bebês.

Partindo de uma posição profilática em termos de saúde mental, Agman, Druon e Frichet (1999), Druon (1999) e Wirth (2007) afirmam ser necessário possibilitar aos pais um espaço de fala no ambiente de cuidados intensivos neonatais. O pensamento subjacente ao oferecimento desse tipo de trabalho é que os pais vivem uma situação traumática, ou seja, experienciam um evento que, por sua imensa carga afetiva, ultrapassa a capacidade do psiquismo de responder adequadamente, de significar aquelas experiências, concepção essa com a qual Battikha (2001, 2008) concorda.

Mathelin (1999) também sustenta esse tipo de intervenção e acrescenta que a finalidade do trabalho com as mães é proporcionar condições para a elaboração dos diversos lutos em questão, a fim de que elas possam retomar a possibilidade de simbolizar, pensar e devanear o bebê. Já os cuidados centrados na família são o ponto de reflexão de Valansi e Morsch (2004). Para as autoras, a prioridade do psicólogo nesse cenário é facilitar a interação familiar. Para tanto, propõem frentes de intervenção com bebê, pais e irmãos, de modo que vínculos afetivos possam ser (re)estabelecidos.

O resgate do bebê em sua condição de sujeito psíquico, ou seja, ser dotado de aparato mental, e a necessidade de intervenções direcionadas a ele são defendidos por Catão (2002), Mathelin (1999) e Wanderley (1997). Para a penúltima autora, o psicólogo também intervém

com a equipe no sentido de auxiliá-la a renunciar à onipotência, de modo que os profissionais não criem dificuldades para a mãe exercer a função materna para com seu bebê internado em UTI neonatal.

Como outra frente de intervenção com a equipe, Mathelin (1999) postula a tarefa fundamental do psicanalista de dar vida à morte, ou seja, poder falar sobre a morte, em conversas informais ou ainda em reuniões formais. Tal medida tem como objetivo auxiliar a equipe a elaborar emocionalmente as diversas perdas inerentes a esse trabalho, e, de modo indireto, incide na possibilidade de os pais fazerem o luto do filho. A construção de um espaço de fala, reflexão, expressão e acolhimento das ansiedades e das angústias para os profissionais da equipe de Neonatologia também é defendida por Catão (2002), Druon (1999) e Wirth (2000).

## **2. A proposta deste estudo**

Os estudos citados traçam diferentes frentes de intervenção psicológica em UTI neonatal. Contudo, padecem de insuficiência na teorização e na compreensão de *como* tal atuação promove efeitos *terapêuticos* e *preventivos* em termos de saúde mental para todos os envolvidos.

A fim de elaborar hipóteses compreensivas para as questões anteriormente propostas, serão utilizados nesta pesquisa conceitos-chave, dentro do referencial teórico da Psicanálise, intrinsecamente relacionados entre si, que surgiram como possibilidades de compreensão importantes a partir da imersão no campo de estudo. São eles: trauma, desamparo, angústia, luto e simbolização.

Ainda com a finalidade de aprofundar tal investigação, será utilizada a noção de cuidado, tal como proposta por Figueiredo (2009). Etimologicamente, “cuidar” significa cogitar, imaginar, meditar, pensar – funções inevitavelmente abaladas pela intensidade emocional que permeia a UTI neonatal.

O homem não ingressa no mundo sem cuidados oferecidos e recebidos pelos diversos outros humanos que dele se ocupam, o que inclui tanto os cuidados dirigidos mais diretamente ao corpo físico – higiene, alimentação e cuidados médicos – quanto aqueles relativos à “alma” – psíquicos, sociais e espirituais (FIGUEIREDO, 2009). A concepção filosófica de cuidado remete-nos ao campo de ocupação e preocupação recíprocas, no qual a

dependência e a interdependência são consideradas condições primordiais para a existência (FIGUEIREDO, 2010, informação verbal<sup>4</sup>).

Segundo Figueiredo (2009), os cuidados, em última instância, devem propiciar ou facilitar a construção de sentidos, o que ocorre ao se promoverem ligações e ao se construir uma *experiência integrada*, trazendo, desse modo, para o campo do humano certas vivências. Essa é a dimensão ética do cuidado, qual seja, oferecer condições para que o fazer sentido se efetue, para que aquilo que é comum ao humano adquira existência, e isso somente ocorrerá com a presença de um outro que cuida.

O criar sentido torna-se especialmente necessário para fazer frente às experiências nas quais reinam o excesso emocional e as falhas, ou seja, nas vivências do traumático, presentes de maneira inevitável no transcorrer da vida do homem e de forma quase insuportável no ambiente de cuidados intensivos neonatais:

[...] as desproporções fazem parte essencial da nossa condição e da nossa história. A experiência das *desproporções* – ou desencaixe – é uma ameaça contínua de ‘sem-sentido’ em nossas vidas. (FIGUEIREDO, 2009, p. 134, grifo do autor)

Com base na teoria psicanalítica, são três as facetas mais importantes para o cuidar: acolher, reconhecer e convocar. A primeira delas engloba as funções de sustentar e conter que permitem a continuidade de ser do indivíduo quando as dimensões psíquicas e somáticas veem-se abaladas. Já reconhecer implica testemunhar e refletir, isto é, acompanhar, identificar e devolver ao objeto de cuidados sua singularidade. Por fim, convocar promove o posicionamento subjetivo, chama o indivíduo a se colocar e a participar da vida (FIGUEIREDO, 2009).

Considerando o atual momento da Neonatologia e sua recente consolidação como especialidade na história da Medicina, o reconhecimento da importância e a consequente formalização do trabalho do psicólogo em instituições de saúde, além dos estudos sobre a clínica com bebês em Medicina, Psicologia e Psicanálise, faz-se imprescindível a produção de trabalhos acadêmicos que versem sobre as possibilidades de intervenções psicológicas nesse contexto.

Em vista disso, o objetivo da presente dissertação é refletir sobre essas possibilidades em UTI neonatal, tendo em conta limites e alcances. De modo mais específico, almeja-se

---

<sup>4</sup> Palestra proferida no VIII Encontro Nacional sobre o Bebê e I Encontro Internacional sobre o Bebê, São Paulo, 2010.

considerar as modalidades de intervenção psicológica com os diferentes personagens desse cenário: bebês, pais, familiares e equipe de saúde. Busca-se também identificar e articular as ações de cuidado com as intervenções psicológicas realizadas, visando compreender se e como é possível operar efeitos terapêuticos e preventivos em termos de saúde mental ao possibilitar a construção de elos simbólicos. Nesse contexto, parte-se do pressuposto de que, em sua maioria, as experiências vividas ali são da ordem do traumático, pois acionam as angústias mais primordiais dos humanos, que remetem ao desamparo e à ameaça de morte.

A proposta do presente trabalho emergiu a partir de minha experiência prática como psicóloga em UTI neonatal, acrescida de estudo teórico sobre a temática em questão. A junção do fazer – prática – e do saber – teoria – culminou no questionamento apresentado nesta dissertação, uma vez que a oportunidade de estar lá e cá, dentro e fora do fenômeno, na instituição e na academia parece colaborar para a manutenção e, em algumas situações, para a retomada da capacidade de pensar, capacidade essa que nos é tão cara em nosso ofício e tão necessária à atividade de cuidar.

Pensar o impensável nos diz de uma tarefa ousada, porém fundamental no trabalho em UTI neonatal. Fundamental para bebês, pais e equipe. Pensar o bebê em seu desamparo e suas angústias impensáveis, pensar os pais no horror dos acontecimentos, pensar a equipe diante de recém-nascidos na linha tênue entre a vida e a morte. Pensar como forma de suportar e, em última instância, de se manter vivo. Trata-se do limiar entre o possível e o impossível.

O que será apresentado a seguir é uma construção teórica a serviço do material clínico<sup>5</sup> – e por ele evocada –, pulsante, convocador, que nos obriga a pôr o pensar em movimento. Da experiência ao pensamento, à pesquisa e à reflexão.

Assim, a presente dissertação é dividida em duas partes principais. A primeira delas, denominada “Questões introdutórias”, contém esta introdução, seguida pelo capítulo II, “Do método”, do qual consta a proposta metodológica da presente pesquisa. O capítulo III, intitulado “Abertura: o cenário de UTI neonatal”, é composto de três subcapítulos, que descrevem esse ambiente e a rotina do serviço, bem como as atividades lá desenvolvidas e a equipe de saúde.

Já a segunda parte da presente dissertação, “A clínica na UTI neonatal”, contém quatro capítulos. No primeiro deles, “Conceitos norteadores: sobre trauma, desamparo,

---

<sup>5</sup> Por se tratar de uma dissertação apoiada fundamentalmente em material clínico, não farei uso, neste trabalho, de uma abordagem teórica ou de uma escola específica da Psicanálise. Desse modo, os conceitos e os autores foram selecionados com base no que a pesquisa busca discutir e refletir, sem, contudo, desconsiderar uma coerência e um rigor conceitual.

angústia, luto e simbolização – Aprendendo com os fundadores”, para melhor compreender teórica e conceitualmente o ambiente de UTI neonatal, são percorridas as noções de desamparo, angústia e luto na obra freudiana (FREUD, 1895, 1917[1915], 1926), além do conceito de trauma em Freud (1920, 1926), Ferenczi (1932, 1933, 1934) e Winnicott (1963, 1965). Ademais, faz-se referência ao processo de simbolização, com o auxílio dos escritos de Winnicott (1952), Roussillon (1999) e Bion (1962), e a certos fenômenos a ele relacionados, como a noção de irrepresentável, proposta pelo casal Botella (2002). O objetivo desse capítulo é funcionar como um pano de fundo conceitual, auxiliando na compreensão de fenômenos frequentes nesse cenário.

O segundo capítulo, “Intervenções do psicólogo em UTI neonatal e formas de cuidado – Aprendendo com a literatura específica”, dedica-se a uma revisão da literatura específica sobre intervenções possíveis do psicólogo com bebês e em UTI neonatal. Posteriormente, articulam-se tais possibilidades com as funções de cuidado propostas por Figueiredo (2009).

A discussão da presente pesquisa é apresentada no terceiro capítulo, “Pensando a prática: do silêncio da escuta às vozes dos personagens – Aprendendo com a experiência”. Nele, são abordadas as atividades que desenvolvo como psicóloga na UTI neonatal, dando destaque às intervenções realizadas com os diversos personagens e nos diferentes contextos. São descritas e analisadas cenas do grupo de pais, das intervenções com os irmãos dos bebês, além de dois casos clínicos de atendimentos aos pais e a seus bebês e de um caso de atendimento em situação de óbito do recém-nascido. Ao longo de todo esse capítulo, tenciona-se identificar, nomear e interpretar as intervenções realizadas e relacioná-las, quando oportuno, com a teoria previamente apresentada e discutida. É importante ressaltar que, como objetivo último, almeja-se identificar o caráter preventivo e terapêutico das intervenções psicológicas nesse cenário.

As considerações finais deste estudo são apresentadas no último capítulo da segunda parte, intitulado “Sobre um espaço e tempo para pensar o impensável”, no qual, pela referência aos intensos movimentos contratransferenciais em UTI neonatal, busca-se explicitar os efeitos da presença de um psicólogo nesse ambiente. São tecidas algumas considerações adicionais sobre as intervenções do psicólogo de base psicanalítica em UTI neonatal e seus possíveis cunhos terapêuticos e preventivos em termos de saúde mental, corroborando ou não as hipóteses construídas no decorrer do processo de elaboração desta dissertação.

## II. Do método

### 1. Desenho do estudo

O paradigma epistemológico adotado, em virtude do objeto de estudo da presente dissertação, é o da pesquisa qualitativa, que almeja, em última instância, a compreensão do homem a partir dos fenômenos humanos apreendidos (TURATO, 2010).

Os métodos qualitativos de pesquisa adquiriram valor científico, inicialmente, com os trabalhos na disciplina de Antropologia. Foi também essa disciplina a responsável pelo desenvolvimento da Etnografia, a partir do trabalho de campo do antropólogo Malinowski com nativos da Oceania (TURATO, 2010). Conforme salienta Turato (2010), a originalidade da Antropologia moderna e científica dá-se a ver nas pesquisas qualitativas atuais, ao considerar a imersão do pesquisador no campo/*setting* natural onde ocorrem os fenômenos a serem estudados, com ênfase na escuta e observação sobre o todo e, também, sobre o comportamento individual.

A pesquisa etnográfica pressupõe, dessa forma, o trabalho de campo do pesquisador – método científico (CLIFFORD, 2002) –, o qual deve imergir, por um período de tempo, no *setting* alvo do estudo. Como técnica mestra de coleta de dados da pesquisa etnográfica destaca-se a observação participante. Tal técnica nos remete à definição de pesquisa participante, vertente essa útil para o presente estudo. Considerada herdeira da antropologia interpretativa e do trabalho de campo etnográfico, a pesquisa participante etnográfica supõe um processo de construção de conhecimento e tem sido estendida às pesquisas em saúde (SCHMIDT, 2008).

O termo “participante” faz referência à presença do pesquisador/observador no campo a ser estudado, constituído pela vida cotidiana dos sujeitos em determinado ambiente, como escola, hospital, comunidade (SCHMIDT, 2008).

Há, como adverte Turato (2010), dois processos operantes no trabalho de campo, a saber, a ambientação e a aculturação. Pela primeira entende-se o processo de inserção e adaptação do pesquisador no local de pesquisa, o que implica conhecer e adequar-se às rotinas e aos hábitos, considerando as tarefas e os profissionais presentes. Já o fenômeno da aculturação, mais amplo e profundo que o primeiro, engloba a assimilação da cultura – ideias, significados e costumes – do local onde o pesquisador está inserido.

A vivência do observador no campo é materializada no instrumento denominado “diário de campo”, que compõe o texto etnográfico. Como construção parcial e referente a determinado momento histórico (CLIFFORD, 2002), a escrita do pesquisador ocorre em dois períodos distintos: “estar lá”, que corresponde ao momento de imersão no campo com as anotações subsequentes, e “estar aqui”, correspondente ao trabalho posterior de construção de interpretações e trocas com pares universitários (GEERTZ, 1989). Acrescenta-se a este último momento de construção de conhecimento o repertório acadêmico e teórico do pesquisador, além do pressuposto epistemológico e do compromisso ético e profissional com o relato e com a análise do observado (OLIVEIRA, 2000).

Em pesquisa qualitativa o pesquisador é o principal instrumento de investigação (BLEGER, 1980; ALVES-MAZZOTTI, 1998). No presente estudo, os papéis e as funções de pesquisadora e psicóloga responsável pela UTI neonatal estão sobrepostos, fato que poderá trazer implicações a serem consideradas.

## **2. Sujeitos**

Microcomunidade constituinte da UTI neonatal da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP), com seus membros (bebê, pais, familiares e equipe da unidade) e modo de funcionamento típico, o qual se mantém a despeito da rotatividade dos pacientes. Para estudo de caso, foram convidados pais e familiares que tiveram um bebê internado na UTI neonatal da ISCMSP, que foram por mim atendidos e que pudessem contribuir para os objetivos da presente pesquisa.

## **3. Instrumentos**

Considerando-se que o pesquisador do método qualitativo encontra-se envolvido diretamente com os sujeitos e as experiências estudadas; que está concomitantemente dentro e fora do fenômeno; que produz dados em forma de notas extensas e analisa-os em sua dimensão dupla (explícito/consciente e implícito/inconsciente) (BLEGER, 1980; ALVES-MAZZOTTI, 1998), destacam-se como instrumentos para coleta de dados da presente pesquisa:

- Observação participante

Considerada uma técnica central de coleta de dados em pesquisas etnográficas, incluindo investigações psicológicas (TURATO, 2010), trata-se da observação e do relato de comportamentos não previamente determinados, cuja finalidade reside na descrição e compreensão de situação específica. Tal técnica supõe a presença do observador no campo.

Ademais, o observador é parte integrante da situação analisada, ao interagir constantemente com os participantes do estudo e ao ser considerado como instrumento legítimo e confiável de pesquisa (BLEGER, 1980; ALVES-MAZZOTTI, 1998). Dessa forma, destaca-se que a observação participante tem o pesquisador/observador como principal instrumento de coleta e registro de dados no trabalho de campo, por meio de sua consciência e representação dos fenômenos (TURATO, 2010).

Ao rever a literatura sobre a noção de validade do método qualitativo, Turato (2010) verifica que o pesquisador qualitativista não almeja que semelhantes encontrem os mesmos achados oriundos da observação, ou ainda que um mesmo observador identifique dados parecidos em momentos distintos. Assim, a preocupação não recai em obter resultados iguais encontrados por mais de um observador em determinado contexto, mas sim em garantir precisão, compreensão e certa compatibilidade entre os achados, de forma que não se contradigam.

Ainda segundo o referido autor, as concepções de neutralidade e imparcialidade científicas são, na realidade, condições fictícias, uma vez que nenhuma pesquisa é isenta de algum *viés*. A atitude ética e científica do pesquisador é considerar criticamente os possíveis *vieses* da pesquisa. Desse modo, a pesquisa qualitativa não enseja generalizar resultados, como o fazem as Ciências Naturais, mas, ao contrário, direciona a atenção para o singular e para o específico, com o aprofundamento da compreensão (MARTINS; BICUDO, 1989; MINAYO, 1999).

No presente estudo, o observador participante é a psicóloga da unidade neonatal; todos os sujeitos da pesquisa tiveram ciência de seus objetivos; o contexto de observação é o da rotina da unidade, com suas atividades cotidianas, além da inserção e do trabalho da psicóloga; o registro dos dados, fatos, interpretações e reflexões foi feito em forma de notas de campo – o diário de campo.

- Diário de campo

Como eixos epistemológicos deste instrumento, destacam-se a pesquisa etnológica e a observação participante.

Caracteriza-se por ser um registro de observações, comentários e reflexões e pode ser utilizado como importante instrumento de pesquisa, unindo as ações de observar, descrever e refletir (TRIVIÑOS, 1987). Nesta última acepção do termo (instrumento de pesquisa), configura-se como forma de complementação de informações sobre o cenário no qual a pesquisa se desenvolve e sobre os participantes nela envolvidos, contribuindo, assim, para enriquecer os dados coletados por outros instrumentos.

Os registros no diário de campo podem ser divididos em dois grandes grupos: (a) anotações descritivas: almejam transmitir com precisão os fenômenos observados; (b) anotações com caráter analítico-reflexivo: consideradas a partir das anteriores, apontam para questões/situações que, após consequente conceituação teórica, devem ser aprofundadas por meio de novas observações e informações, com vistas a oferecer melhor entendimento do fenômeno em foco (TRIVIÑOS, 1987).

Como apontado anteriormente, a construção do texto por meio do diário de campo se dá em dois momentos distintos: notas oriundas da imersão do pesquisador no campo e análise e construções interpretativas delas (GEERTZ, 1989).

Ressalta-se que, para além de instrumento válido de registro de informações, o diário de campo é considerado um instrumento que permite a reflexão e o questionamento sobre o fazer/pensar profissional (LEWGOY; ARRUDA, 2004).

- Estudo de caso

Foram realizados estudos de caso de situações e de sujeitos que representam o fenômeno desta pesquisa, contribuindo para seus objetivos.

Considerado modelo da pesquisa clínico-qualitativa, o estudo de caso almeja conhecer de modo profundo e abrangente a singularidade de uma situação específica, graças à multideterminação do fenômeno (REVAULT D'ALLONNES, 2004; CAPITÃO; VILLEMOR-AMARAL, 2007). Constitui, assim, resultado da comunicação de uma experiência, baseada na escolha de determinada situação observada ou ainda de certa situação de tratamento que englobe as questões norteadoras da pesquisa.

Concebido como método de observação, de construção de raciocínio e de relato de informações, o estudo de caso visa: (a) informar: elenca conjunto de dados de indivíduos em determinada situação; (b) ilustrar: evidencia raciocínio clínico; (c) problematizar: confronta e concilia teoria e prática (REVAULT D'ALLONNES, 2004). Contemplam-se, assim, as funções didática, metafórica e heurística (NASIO, 2001).

#### PROCEDIMENTOS PARA MAXIMIZAR A VALIDADE

Com vistas à maximização da validade dos instrumentos utilizados, em especial a observação participante e o diário de campo, destacam-se:

- permanência prolongada no campo: faz-se necessário certo tempo de inserção do pesquisador no campo, a fim de apreender os fenômenos vigentes sem traçar interpretações enviesadas (ALVES-MAZZOTTI, 1998; TURATO, 2010);
- questionamento por pares ou validação externa/interpessoal: como modo próprio das Ciências Sociais e da Psicologia Clínica, configura-se na consideração de opiniões de colegas/pares que não participam da pesquisa, mas que possuam conhecimento do tema e do paradigma adotado (ALVES-MAZZOTTI, 1998). Almeja-se, com tal conduta, garantir interpretações sem *vieses* e outras possibilidades de entendimento do fenômeno, além do apontamento de eventuais falhas e pontos obscuros. Turato (2010) sugere o espaço interpessoal constituído pelo orientador da pesquisa e pelo grupo de orientação, quando houver, como fonte de validação externa. No caso da presente pesquisa, essa foi uma rede de interlocutores válida e em funcionamento durante todo o processo de elaboração da dissertação.

#### 4. Procedimento

O projeto de pesquisa do atual estudo foi submetido à Comissão Científica do Serviço de Psicologia e do Departamento de Pediatria e Puericultura da ISCMSP, ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da ISCMSP e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Pós-Graduação da PUC/SP.

O registro da rotina, do funcionamento e do trabalho da equipe multiprofissional da UTI neonatal foi feito com base em minha observação na condição de psicóloga responsável pela unidade. Ademais, o diário de campo oriundo da observação participante foi constantemente remetido à análise de pares, no âmbito da universidade em que foi desenvolvida a pesquisa (orientador e grupo de orientação), como forma de evitar possíveis falhas interpretativas e compreensivas do observado.

Os atendimentos psicológicos a pais-bebê e familiares de pacientes internados na UTI neonatal foram imediata e integralmente registrados por mim, e dados de anamnese e evolução clínica do paciente encontram-se no protocolo de Avaliação Psicológica da UTI Neonatal do Serviço de Psicologia da ISCMSP. Tais informações e registros permitiram a

seleção dos casos a serem estudados na presente pesquisa, por representarem mais significativamente seus objetivos.

Os pais e familiares dos casos selecionados foram avisados da pesquisa e convidados a participar dela, no momento próximo à alta hospitalar do recém-nascido ou depois dela, via contato telefônico. Tal conduta justifica-se pelo disposto no item II.15 da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, ligado ao Ministério da Saúde, cuja definição de “vulnerabilidade” indica que o pesquisador deve considerar o estado geral do indivíduo em sua capacidade de autodeterminação para participar da pesquisa. Considerando-se que pais e familiares de recém-nascido internado em cuidados intensivos neonatais vivenciam momento de crise e instabilidade psíquica e emocional, o consentimento em participar da pesquisa pode ser influenciado por tal momento.

Depois de esclarecidos os objetivos da pesquisa, os participantes expressaram seu consentimento mediante assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), elaborado conforme Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Mediante tal concordância, foram utilizados os dados obtidos das intervenções psicológicas realizadas e da observação participante, registrados previamente em notas de campo e nos protocolos de Avaliação Psicológica da UTI Neonatal do Serviço de Psicologia da ISCMSP.

Os componentes da equipe multiprofissional foram avisados da presente pesquisa após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e esclarecidos a respeito dos objetivos dela, tendo autorizado a participação mediante assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), elaborado conforme Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Do mesmo modo, foram utilizados os dados obtidos das intervenções psicológicas realizadas e da observação participante, registrados previamente em notas de campo.

Ressaltam-se a garantia de sigilo, a segurança da privacidade e a confidencialidade dos dados conforme a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Assim, todos os nomes citados na presente pesquisa são fictícios, tendo sido omitidos, pelos mesmos motivos, dados que pudessem revelar a identidade dos participantes.

## **5. Análise**

O método de análise da pesquisa qualitativa destaca-se por seu caráter indutivo, interpretativo e contextual. Dessa forma, a análise ocorreu durante todo o processo de investigação, por meio de teorizações progressivas, com base na interação entre coleta e análise/interpretação (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSNAJDER, 1998).

### III. Abertura: o cenário de UTI neonatal

*[...] um bebê chorando, um alarme apitando, uma mãe sorrindo entre lágrimas, um médico que passa rapidamente...*

O objetivo deste capítulo é introduzir e aproximar o leitor do ambiente de uma UTI neonatal. Para tanto, com base nos instrumentos utilizados nesta pesquisa – diário de campo e observação participante –, será feita uma descrição vivencial e física do ambiente, considerando, também, as rotinas e as regras vigentes. Serão abordados: caracterização dos pacientes (os bebês e as principais causas de internação); espaço físico (localização da UTI neonatal dentro da instituição, distribuição e tipos de leito); aparelhos e sonoridade típicos; ritmo de urgência e atos controlados; fluxo constante de pacientes, pais e profissionais na unidade; regras de higiene, de vestimenta e de visitas; equipe da UTI neonatal e principais atividades de cada profissional. Pretende-se também contextualizar minha entrada como psicóloga na unidade, passando a integrar, assim, a equipe multiprofissional.

Tais considerações servirão de base para lançar luz sobre recortes teóricos e conceituais que auxiliem na compreensão dos fenômenos vigentes nesse cenário.

#### 1. Breve aproximação à cena traumática da UTI neonatal<sup>6</sup>

O cenário de uma UTI neonatal é marcado por um ritmo de urgência e rapidez e por atos precisos. Os profissionais da equipe de saúde estão sempre em ação, sempre ocupados. O número de tarefas a cumprir é grande, e bastam poucos dias de observação para que se perceba a sequência dos passos a serem dados, uma dança afinada como os tons musicais de uma orquestra. Se alguém der qualquer passo em falso ou ficar fora de tom, ocorrem consequências indesejadas e, algumas vezes, bastante sérias.

Um cheiro singular caracteriza esse ambiente, misturado ao “odor asséptico” de qualquer hospital; sons de vozes, risadas, choros e alarmes imbricam-se também em uma sonoridade única.

Parece que tudo é estritamente controlado dentro da UTI neonatal: luminosidade, temperatura, aparelhos e monitores, medicação e suas dosagens, entrada e saída da unidade,

---

<sup>6</sup> Agradeço à psicóloga e psicanalista Isabel Kahn pela sugestão deste título por ocasião do exame de qualificação.

lavagem das mãos, higienização do ambiente. O número de regras é correlativo a esse funcionamento ordenado e controlado.

Contudo, subjaz a essa ordem e a esse controle um cenário que pode ser considerado “caótico”, onde reina a desordem das emoções suscitadas em todos lá presentes. Turbilhão que pressiona, que insiste em aparecer e, por vezes, “escapa”. Escapa em conflitos dentro da própria equipe ou desta com os pais, no julgamento dos pais por todos lá presentes, no abandono da mãe para com o filho, entre inúmeras outras situações.

O encontro com o fora de sentido é constante no ambiente de UTI neonatal. Fora de sentido que, paradoxalmente, convoca todos os nossos sentidos: as sensações corporais dominam a cena em diversos momentos. Por vezes, o que se tem é um grande incômodo; vontade de deixar aquele lugar o mais rapidamente possível, pois ali é mostrado, a todo instante, aquilo que não se consegue nem se quer ver, aquilo para o qual quase não existem olhos.

Mas, afinal, que encontro é esse ao qual a UTI neonatal nos põe frente a frente a todo instante e que buscamos repelir rapidamente? De onde provém esse intenso incômodo, para o qual é difícil encontrar palavras?

O atravessamento da morte, e diversas vezes sua concretização, na recém-vida é fato corriqueiro na UTI neonatal. Na realidade, quando a morte atravessa o nascimento para a vida daqueles seres tão pequenos a quem há tantas promessas de futuro, planos e expectativas, um intolerável paradoxo impõe-se. A aproximação de polos tão opostos, nascimento e finitude, justamente nesse início tão remoto, provoca em todos os envolvidos uma vivência estranha. Como pensar em morte para aquele que acabou de adentrar a vida? E, ao mesmo tempo, como pensar em vida para seres tão frágeis e/ou tão diferentes? Será possível uma vida para “aquele bebê”, por vezes tão distinto de todos os outros?

Recordo-me de um mal-estar inominável que invadiu meu corpo e meu psiquismo quando vi, pela primeira vez, um bebê morto. O impacto de ver um bebê que mal adentrou o mundo da vida ir embora, morto. É uma imagem que choca, abala, desconcerta. Mal-estar esse que retorna com frequência em algumas situações vividas no cotidiano de uma UTI neonatal, situações inevitavelmente permeadas por sofrimentos atroz. Nesses momentos, parece que tenho um vislumbre de compreensão da cisão necessária àqueles que cuidam desses bebês, pois talvez seja insuportável considerá-los como seres que sofrem, sentem, e, ao mesmo tempo, furá-los, intubá-los, vê-los morrer.

Nas salas de UTI, a presença maciça de aparelhos, monitores, máquinas, fios e tubos quase deixa “escondidos”, para observadores menos atentos, os bebês. Bebês que, na realidade, são – ou deveriam ser – os protagonistas desse cenário.

Sejam eles pequenos ou grandes, agitados ou sonolentos, chorosos ou desvitalizados, todos têm algo em comum: são sempre frágeis e desamparados. Alguns clamam por um olhar, qualquer que seja; outros, recusam, esbravejam quando alguém se aproxima. Submetidos a inúmeros procedimentos, que certamente são sentidos como vivências invasivas e disruptivas, esses bebês permanecem em incubadoras ou em berços, sozinhos, somente acompanhados de fraldas, tubos, sondas, ventilação artificial. Veem-se privados do contato do colo materno e do aconchego por ele ofertado.

Os bebês parecem imersos no centro de uma grande turbulência: ruídos diversos das vozes, dos alarmes, dos choros, de telefones; cheiros hospitalares e pouco humanos; luminosidade constante e, em vários momentos, excessiva. Cenas imprevistas entremeadas a uma rotina constante, cheia de regras e de horários, tudo milimetricamente controlado. Os horários são sempre fixos, desde as visitas médicas até o banho e as mamadas dos bebês; o objetivo de tantas normas é garantir minimamente – e de modo ilusório, diria eu – o funcionamento harmônico e previsível desse ambiente.

Observar esse cenário nos conduz, de maneira inevitável, à reflexão sobre as repercussões desse ambiente e dessas vivências primeiras no desenvolvimento daqueles bebês. Para que os profissionais da unidade consigam cumprir tudo que lhes é demandado, parece fundamental a formulação de normas de funcionamento. Assim, os cuidados dispensados aos bebês, tanto aqueles relativos à higiene como os de alimentação, ocorrem em horários preestabelecidos. Dessa forma, não é raro presenciar um bebê chorando de fome, pouco tempo antes da hora prevista para mamar. Se dispuser de um membro da equipe atento às suas necessidades e menos rígido em relação às normas, esse bebê receberá seu leite antes do previsto; caso contrário, terá de esperar. Mas será que um bebê tem a capacidade psíquica de suportar tamanha demora na satisfação de suas necessidades?

Outra cena comum é ver os bebês estirando rapidamente seus braços e pernas para o alto, seres pequeninos dentro da imensidão das incubadoras, produzindo com facilidade movimentos bruscos. O que para nós, adultos, é barulho comum, para eles, bebês frágeis e pequenos, é barulho ensurdecedor. Portas batem, telefones tocam, alarmes disparam, alguém fala alto, bebês se assustam.

Ficam assustados também quando alguém os toca: contraem-se com rapidez, retorcem o corpo, encolhem-se. Isso porque dificilmente alguém toca esses bebês para

acariciá-los. Os toques são seguidos de intervenções invasivas: colher sangue, passar sonda, retirar tubo. E, mesmo que não produzam invasões concretas, certamente acontecem em termos psíquicos: são acordados para o banho, para a troca de fralda, para a arrumação da incubadora, entre outros procedimentos.

Na urgência desse ambiente, em que as necessidades estritamente vitais se sobrepõem a quaisquer outras, é frequente presenciarmos bebês chorando. Chorando por fome, por sono, por dor ou incômodos, por susto. Ou chorando porque precisam de alguém; alguém que os reconheça, que profira alguma palavra banhada de acolhimento e de sentido para eles. Dificilmente a equipe consegue atender a todas essas demandas; por vezes, veem-se bebês serem embalados no colo ou ainda acariciados e envolvidos nas palavras de algum membro da equipe.

Quais serão as consequências psíquicas dessas contínuas invasões, traumáticas, que rompam a continuidade de ser do bebê? E quando suas necessidades não são atendidas no momento preciso, o que acontece? Que tipos de sujeito produzimos? Como bebês em contínuo estado de alerta, que repercussões terão tais invasões físicas e psíquicas? Quais serão os registros dessas experiências tão dolorosas no início da vida? Que efeitos podem proporcionar em seu processo inicial de subjetivação?

Pois bem, chega-se ao paradoxo. Os cuidados dispensados ao bebê em uma UTI neonatal são indispensáveis à sobrevivência física dele – os procedimentos invasivos e dolorosos são, muitas vezes, inevitáveis. Por outro lado, sabemos que, do ponto de vista da saúde psíquica, tais cuidados físicos podem ser bastante impactantes, já que promovem sucessivas rupturas na continuidade de ser do bebê. Como conciliar os necessários cuidados médicos com os cuidados psíquicos de modo a tentar reduzir ao máximo as feridas e as cicatrizes psíquicas que podem vir a comprometer o desenvolvimento e a saúde mental desse bebê?

Considero que o modo de abordá-lo durante o procedimento invasivo pode amenizar os “riscos psíquicos” para ele. Ao manejá-lo, poder contar o que está sendo realizado e até mesmo desculpar-se pelo próprio ato – como, muitas vezes, pude observar os profissionais da equipe fazendo. Ao agir assim, reconhece-se o bebê como um ser com existência psíquica, o que é um passo fundamental na busca da construção e da manutenção da saúde mental. Vale dizer que agir dessa maneira é duplamente benéfico, pois fornece significados ao bebê e alívio aos profissionais. Banhar o recém-nascido com palavras, olhares e gestos que acolham e signifiquem suas experiências; o vazio do silêncio, do não sentido, do puro fazer é mortífero.

A fragilidade desses bebês põe a todos em constante estado de alerta, todos os sentidos estão hiperestimulados. A instabilidade e imprevisibilidade são características inerentes a esse ambiente.

Vistos de longe, parecem todos iguais; porém, aproximando-se deles, podem-se reconhecer suas peculiaridades. Peculiaridades essas que nos lembram que cada história é sempre singular, e que, se estivermos dispostos, somos capazes de ouvi-la para além dos sons habituais dos alarmes e dos choros.

Acomodados lado a lado, cada bebê conta com sua história. Alguns contam ainda com a presença de sua mãe e/ou de seu pai, adultos que, na maioria dos casos, também se encontram desamparados e, por vezes, “desnorteados” naquela enxurrada de afetos e vivências. Em geral, os pais ficam ao redor da incubadora onde está seu bebê; alguns têm o olhar vazio, mal conseguindo ver seu filho; outros atentam para cada detalhe da criança, sorriem com cada descoberta do “jeito”, dos traços especiais e únicos do filho; assustam-se com os alarmes apitando; sofrem ao ver seu pequeno bebê envolto em aparelhos e repleto de marcas de picada.

Se cada bebê possui uma história singular, que marca o lugar que ocupará dentro de um núcleo familiar, não devemos destituí-lo disso. O somático e o psíquico não são cindidos. Embora em uma UTI neonatal o corpo físico e concreto do bebê faça-se ver com maior clareza, sabe-se também que qualquer bebê é bem mais que o puro corpo biológico.

A partir de tal concepção, chama-se atenção para que os bebês sejam nomeados como “RN<sup>7</sup> de determinada mãe”, com referência apenas ao nome materno – prática comum dentro de muitas UTIs neonatais. Certamente há explicações lógicas para esse fato, e é notório um esforço da equipe para nomear os bebês, dado que em todos os leitos há uma placa com informações dos recém-nascidos, incluindo os nomes escolhidos para eles pelos pais. Referir-se aos bebês apenas pelo nome materno é deixar de considerá-los sujeitos distintos de suas mães. Tal fato causa sensação de estranhamento para quem não está familiarizado com esse ambiente, pois destituir o bebê de um nome próprio é, de alguma forma, excluir a dimensão subjetiva dele e apartá-lo da própria história, filiação e sexualidade, elementos esses fundantes para as incrições subjetivas primordiais.

É na solidão, no desamparo e no traumático que bebê e pais estão imersos. Mulheres com sofrimento profundo, mães “em pedaços”, usando de todo esforço físico e psíquico que

---

<sup>7</sup> Abreviação de “recém-nascido”.

possuem para se manter minimamente integradas, tentando recolher os pedaços da história planejada que se desfez e que clama por uma reconstrução.

“Sou uma mãe sem filho.” “É a dor do vazio, vai para casa sem barriga e sem o bebê, é a pior dor do mundo, se pensasse antes ia achar que não aguentaria, mas a gente tira forças não sei de onde.” Reproduzo aqui a fala de duas mães para mostrar quanto sofrimento está em jogo em uma UTI neonatal. A angústia que atravessa as mães cujos bebês precisaram de cuidados intensivos após o nascimento – por prematuridade, malformação ou doença –, sendo uma internação programada ou emergencial, nos convoca a pensar na irrupção do traumático e nos inúmeros recursos psíquicos de que o ser humano dispõe ou não para enfrentar as adversidades da vida.

A separação radical entre mãe e bebê logo após o parto se impõe de forma abrupta e rompe as mais diversas fantasias e expectativas psíquicas em relação a esse encontro. A ferida narcísica que muitas vezes se abre, principalmente nos casos em que a mãe se supõe incapaz de gerar um filho saudável, dificulta e, por vezes, impede que ela reconheça seu bebê e se reconheça nele. “Ele não é como eu imaginava”, diz uma mulher, mãe de um bebê prematuro.

Percebo que o encontro mãe-bebê – quer porque prematuro, tendo se dado antes do esperado, quer com aquele bebê doente ou com malformação – demanda um tempo a mais para reconhecimento e descobrimento do filho, sobretudo porque o encontro pais-bebê se dá em um cenário completamente distinto daquele idealizado para o nascimento de um filho. Rodeados o tempo todo por aparelhos, fios, pessoas desconhecidas e sons diferentes e sujeitos a uma sobrecarga intensa de diversos sentimentos, ideias e fantasias, tudo é bastante diferente do esperado, do sonhado.

Lembro-me de uma jovem mulher que deu à luz prematuramente. No primeiro encontro com o filho, na UTI neonatal, cercada de fios, monitores, tubos e membros da equipe, ela o olhava com ar de estranhamento, de distância. Afastada da incubadora, aos poucos, inclinava sua cabeça para ver melhor o pequeno bebê, mas não conseguia tocá-lo nem dizer algo sobre ou para ele naquele momento. Os constantes procedimentos realizados no bebê, assim como a aparelhagem conectada a ele, também configuram-se como fatores que dificultam uma aproximação da mãe com o filho.

A sensação de estranhamento dos pais é tamanha que se faz visível facilmente. Em outra situação, acompanhei um casal na primeira visita ao filho, internado na UTI neonatal. O bebê, um menino grande e forte, que havia sofrido anóxia grave ao nascer, encontrava-se intubado, sedado e rodeado por fios e aparelhos. Como fator complicador adicional, o tratamento dos bebês gravemente anoxiados inclui uma espécie de “resfriamento”, a fim de

diminuir as possíveis consequências da falta de oxigenação cerebral. Assim, além de gelados e com a pele arroxeadada, ficam descobertos, sendo possível ver tudo o que está conectado a eles. Esse pai, que via seu filho pela primeira vez, foi tomado por uma sensação de estranhamento e de angústia tamanha que não conseguia olhar para seu bebê. Observava os outros bebês da sala, interessava-se em saber sobre a situação deles, mas não conseguia encontrar e reconhecer seu filho, tão distante do sonhado. De fato, a distância era tão imensa que o bebê ainda não tinha nome. “Estamos pensando”, diziam. Talvez fosse preciso que o bebê se aproximasse do familiar para poder ser nomeado e reconhecido como semelhante.

Há ainda outro obstáculo espacial – a proximidade física dos leitos, que impede ou dificulta qualquer tipo de intimidade, o que só vem se somar às inúmeras outras adversidades constituintes desse cenário. Há pais ao redor da incubadora ao lado, a equipe de enfermagem realiza procedimentos a toda hora, a limpeza do local se dá constantemente, as visitas médicas são frequentes.

É comum observarmos uma paralisação emocional dos pais diante do filho, a qual tem como fatores, além dos já descritos, uma espécie de “doação” do bebê a uma equipe de especialistas, composta, em um primeiro momento, de pessoas desconhecidas, mas que detêm o conhecimento de como manter o bebê vivo. Embora haja certo esforço da equipe de saúde em, sempre que possível, possibilitar a participação dos pais no cuidado ao bebê, muitas vezes estes não estão prontos para tal contato, sentindo-se desautorizados em seu saber parental. Uma situação extremamente complexa e que reflete a intensa carga emocional vivenciada por eles.

Essa carga emocional é intensificada pelo principal fantasma que ronda a UTI neonatal: a morte, que permeia a relação mãe-bebê durante toda a hospitalização deste, em maior ou menor grau, dependendo das condições clínicas do recém-nascido e do momento da internação. Por vezes, a morte encontra-se, literalmente, ao lado, e as repercussões do óbito de qualquer um dos bebês na unidade têm efeitos sobre todos os personagens desse cenário.

Susto, choque, impotência, estranhamento, culpa e incompetência são alguns dos sentimentos que compõem a diversidade de afetos que a UTI neonatal acolhe. Ou deveria acolher. Que lugar esse bebê, diferente e estranho, passa a ocupar então? Haverá um lugar psíquico e simbólico passível de sua inscrição e possível para sua constituição subjetiva? Existe alguma possibilidade de representação para essas vivências? Quem é esse bebê aos olhos da mãe? Como dar lugar a um nascimento marcado pelo diferente, estranho e traumático e poder pensar nele? Qual a possibilidade de inscrição desse bebê no psiquismo da mãe, ferida narcisicamente em sua capacidade de ser uma “boa geradora”? Quais serão as

repercussões na constituição psíquica dessa criança, inicialmente marcada por um não lugar simbólico? Quais são, então, as possibilidades de vínculo entre mãe e bebê nessa situação? Como ajudá-los a percorrer esse difícil começo de jornada assinalado por tantas adversidades? Diante de um nascimento sem comemorações em relação à criança e à mãe, ambos, mãe e bebê, ficam imersos no desamparo. Desamparo físico e psíquico.

“Isso aqui é uma tempestade, daquelas com bastante vento, que não deixam nada de pé.” É por esse imenso sofrimento que é permeada a vivência das mães na UTI neonatal. “Tiraram meu filho de mim, eu não queria” é frase recorrente entre as “mães prematuras”. É da violência que essas mulheres nos falam, é da sensação de terem concebido um filho “malfeito” e/ou ainda de serem “incapazes” de levar a gestação a termo. “Por que eu não posso ser como as outras mulheres? Por que não posso ter um filho normal?”, questionou-se uma mulher que, devido à hipertensão gestacional, deu à luz prematuramente.

“Não deu tempo de fazer o chá de bebê”, ou, quando a internação é prolongada, “o que vou fazer com as roupinhas menores? Já não servem mais nele”. As repercussões são imensas, o sofrimento também. Isso porque não nos dizem apenas do chá de bebê que não ocorreu ou das roupinhas que não serão usadas; dizem-nos da violência do encontro com o inesperado em meio a tantos sonhos e planos frustrados e suspensos.

Ao mesmo tempo em que deparamos com todas as adversidades já descritas, muitas vezes, é nítido o esforço de ambos, mãe e bebê, pela construção de uma vinculação possível nesse contexto marcado pelo inesperado e traumático. Presencio, com certa frequência, cenas de “descobrimento e exploração” da mãe em relação ao bebê. Nos primeiros encontros quase não há palavras que recubram essa experiência, que recubram e acolham esse bebê. As palavras surgem devagar, buscando algum sentido para aquelas experiências, reconhecendo e acolhendo o bebê.

Há algo que, de maneira muito especial, enreda o filho no universo psíquico materno: o olhar. Olhos atentos a cada movimento, a cada expressão, a cada detalhe do bebê. Aos poucos, torna-se possível para a mãe aproximar-se de seu filho. Timidamente experimenta tocá-lo; por vezes, o bebê reage com movimentos bruscos, chora, assusta-se e a mãe retira rapidamente a mão, também se assusta. Vai percebendo o toque que agrada ao filho e aquilo que ele não tolera, os sons que o acalmam e aqueles que o incomodam. Nessa “clínica do susto”<sup>8</sup>, em que há diversas irrupções, sempre fora do esperado, a mãe precisa, de fato, ir vagarosamente tateando suas possibilidades e as de seu filho.

---

<sup>8</sup> A definição de “susto”, de acordo com o *Dicionário Michaelis* (1998), é “medo repentino, provocado por um perigo imprevisto; sobressalto, temor. Temor causado por notícias ou fatos imprevistos. Medo, receio”.

A espera continua, prossegue na aflição de que os filhos as vejam – essas mães precisam ser vistas por seus bebês. Elas clamam tanto por algum tipo de reconhecimento por parte do próprio filho, como por um olhar e um reconhecimento dos outros em relação a elas em sua condição de mães. “Eu sou a mãe dele, mas ele ainda não me conhece”, disse-me uma mãe, cujo filho, prematuro e extremamente frágil, não podia sequer abrir os olhos.

Reconhecimento fundante do filho e para o filho, reconhecimento fundante da mãe e para a mãe. “Cada dia ele nasce mais”, afirmou uma mãe sobre os avanços do filho, e continuou: “Cada dia nasce mais mãe em mim”. O esforço do bebê no sentido de construção de um vínculo com a mãe também é notório. Recordo-me de uma cena que se repete com diferentes duplas de mães-bebês: o visível esforço que o pequeno e frágil bebê faz para se manter acordado enquanto a mãe está por perto. Implora pelo olhar, pelo toque, pelas palavras, olha fixamente para o rosto materno, através dos vidros da incubadora. Quando a mãe se afasta, rapidamente busca por ela, chora, se faz notar; não a encontrando, se rende a um sono profundo.

Gradativamente, diante dos repetidos encontros com o impossível de ser dito, pois se encontra alheio a quaisquer representações e inscrições simbólicas possíveis, as mães iniciam uma incansável busca por explicações, por causas e motivos. Parece uma árdua tentativa de inscrição daquelas vivências terríveis em uma cadeia simbólica. O alívio que vivenciam ao conhecer os motivos de tal ou qual patologia ou da piora do quadro clínico também consegue afastar – ou, em alguns casos, confirmar – o sentimento de culpa tão presente: “Por que comigo, se fiz tudo certinho?”, questionam repetidas vezes as mães.

Refletindo detidamente sobre o trabalho na UTI neonatal, parece importante formular a seguinte questão: a internação na UTI neonatal é somente fonte de prejuízos em termos psíquicos e de vínculos? Se, por um lado, a UTI neonatal pode trazer certas marcas consideradas, a princípio, menos favoráveis ao desenvolvimento subjetivo do bebê e à instalação do vínculo mãe-bebê e da função parental, por outro é nitído que, em determinadas situações, a hospitalização do recém-nascido contribui para tanto. Isso porque, com diversas duplas mãe-bebê, a estadia no hospital proporciona um tempo que favorece o reconhecimento e a adoção do bebê como produção própria: “É meu filho”. Sendo assim, possivelmente, essa adoção deve ser facilitada por algo que a instituição oferece ou interdita nesses primeiros momentos.

Como outra parte desse cenário, temos os integrantes da equipe de saúde. Esses profissionais lutam o tempo todo contra a morte, a fim de tentar garantir a sobrevivência de seus pequenos e vulneráveis pacientes – centram todos os seus esforços na manutenção da

vida. Para tal feito, contam com inúmeros recursos tecnológicos, sendo incontestável o mérito do avanço da tecnologia, acompanhado pelo aperfeiçoamento dos conhecimentos técnicos, para manter tantas vidas. Contudo, esses pequenos seres ainda apresentam enigmas aos saberes médicos e também psicológicos, pondo-nos frequentemente diante do inevitável reconhecimento de nossa impotência.

A equipe de saúde de uma UTI neonatal está cotidianamente em contato com uma carga de sofrimento intensa. Seja o sofrimento dos pais depositado na equipe, seja o sofrimento oriundo da própria prática assistencial a bebês doentes. Dessa forma, há um alto nível de tensão e desgaste emocional na equipe, acrescido da sobrecarga de trabalho e da necessidade de manejo contínuo de familiares afetivamente abalados.

A abertura da unidade à presença constante dos pais, embora fundamental do ponto de vista da constituição e manutenção do vínculo e da recuperação do bebê, não se dá sem consequências para a equipe de saúde, uma vez que os profissionais são observados e questionados de maneira constante pelos pais quanto ao tratamento, aos procedimentos e ao prognóstico relacionado a seus bebês. Além disso, a equipe acaba sendo alvo frequente das projeções maciças dos pais. Diante desse cenário, não é raro presenciar a ocorrência de “escapes” e mecanismos de defesa na equipe, em especial a dissociação e o distanciamento afetivo, que visam tentar manter, minimamente, as condições psíquicas dos profissionais.

Um exemplo ilustrativo das duras demandas afetivas e psíquicas impostas à equipe da UTI neonatal e de ocorrência relativamente frequente nesse cotidiano de trabalho são os casos de falecimento de algum dos bebês, sobretudo daqueles pacientes nos quais muito foi investido por parte dos profissionais e cuja internação teve duração prolongada. Recordo-me do falecimento repentino de um bebê que viveu por três meses na unidade e de quanto nós, membros da equipe, sofremos por sua morte. Informalmente, diversos profissionais me procuraram para expressar a dor da perda daquele bebê, e pude verificar o sofrimento subjacente em falas como: “Eu rezei, pedi para Deus que não o levasse e não o levasse no meu plantão. Tive que arrumá-lo quando morreu. Eu me despedi dele”, e “Eu o vi quando foi intubado; pareciam os olhos do meu filho; até parece que entendia o que estava acontecendo”.

Mostra-se, então, fundamental criar um espaço onde a equipe possa expressar suas angústias e seus sofrimentos. Em se fazendo um bom trabalho, o bebê é sustentado psiquicamente pelos pais, e estes últimos, pelos profissionais da equipe. Mas quem dá suporte à equipe? A quem ela pode recorrer? Considero que a busca contínua de poder falar de todos os eventos e de todas as vivências desse ambiente – até mesmo dos eventuais falecimentos de

bebês –, mesmo que em espaços e conversas informais, configura-se como um primeiro passo na tentativa de elaboração psíquica das experiências ali vividas.

Percebe-se que o sofrimento emocional a que a equipe de saúde está submetida relaciona-se também, em maior ou menor grau, à demanda por um psicólogo na unidade. Minha entrada como profissional da equipe não se deu sem conflitos silenciosos: se, por um lado, consideravam imprescindível a presença de um psicólogo, por outro, mostravam-se resistentes. A entrada de um membro novo na equipe desperta fantasias e resistências: que lugar um psicólogo vai ocupar? Que ações e funções caberiam a ele? O que mudaria na unidade com a presença desse profissional? Certamente, parte da resistência estava relacionada, mesmo que de modo inconsciente, ao fato de que um campo complexo de afetos estava por emergir; abrir espaço para que alguém escute a angústia é fazê-la vir à tona e circular.

Nas primeiras semanas de trabalho dentro da unidade ouvi, por algumas vezes e de diferentes profissionais, a seguinte fala: “Por que você está chorando, mãe? Não chora não... o que ela [eu] está fazendo com você?”. Parei para refletir: que espanto é esse de ver essas mulheres, recém-mães, passando por vivências tão sofridas quanto inesperadas, chorarem? Aos poucos, pude perceber que essa fala parecia nos mostrar o tamponamento da angústia que rodeia silenciosamente a UTI neonatal. Quando alguém dá voz a esse intenso sentimento, ou melhor, quando alguém se propõe a escutá-lo em seu suposto silêncio no meio barulhento do serviço, algo é mobilizado na equipe: algo que remete à própria fragilidade? Que relembra o grande sofrimento que os pais vivenciam? Que deflagra a angústia circulante na unidade? Todavia, cada vez mais penso ser justamente o tamponamento da angústia que deixa a UTI neonatal como uma “panela de pressão” que, por vezes, explode em barulhentos conflitos com os pais e entre os membros da própria equipe. Fato notável é que após alguns meses de trabalho não mais ouvi tal comentário.

Pois bem, se os profissionais da equipe de cuidados intensivos em Neonatologia visam garantir a vida, transpondo a morte, o que nós, psicólogos, visamos nesse contexto? Com que recursos contamos? Certamente não contamos com a tecnologia, apesar de reconhecer sua extrema importância.

De modo geral, logo que me apresento aos pais e proponho uma conversa, o convite é aceito de imediato. Parecem estar à espera de algo, ou à espera de alguém com quem possam compartilhar suas dores, angústias, alegrias e conquistas. Inicialmente, falam com frequência sobre as condições do bebê e os motivos da internação. Depois de esclarecidos tais aspectos – a impressão que se tem é que eles acham que devem falar sobre isso –, passam a

discorrer sobre as mais variadas facetas de suas histórias, imbricadas, direta ou indiretamente, com a história de seu bebê.

O que ocorre para que, ao oferecer uma escuta atenta e delicada, sem a urgência temporal inerente à UTI neonatal, essas pessoas passem a discorrer sobre tantos aspectos da vida e a contar sobre suas dores, físicas e psíquicas? Crises sobrepostas, sofrimento inominável. Imersos em um campo de pura angústia, esses sujeitos parecem regredidos pela própria situação em que se encontram: a mãe, já mais sensível no período pós-parto, tem de lidar com o risco de morte do filho, com a ruptura de planos e sonhos e com a separação do bebê e do convívio familiar; o pai, já tendo igualmente sofrido pelo ocorrido com o bebê (embora, no geral, assuma a postura de ser forte), vê-se obrigado a retomar sua rotina e a se dividir entre o trabalho, o hospital e, muitas vezes, os outros filhos.

Será a sustentação de uma escuta e de um compartilhar – para além do monitor que apita, do bebê que chora, do médico que passa visita, da auxiliar de enfermagem que faz intervenções, da mãe ao lado que presta atenção no atendimento e dos olhares desconfiados de certos membros da equipe – o eixo do trabalho psicológico em UTI neonatal? Qual a função e qual o lugar do psicólogo dentro de uma equipe multiprofissional, dentro de um hospital, dentro de uma UTI, dentro de uma UTI neonatal?

Meu trabalho se dá nesse cenário. Envolve por tramas de fios e aparelhos, busco resgatar as tramas formadas pelos fios que compunham as diversas histórias ali presentes, que constituíam os diversos sujeitos dessas histórias. Histórias e sujeitos frequentemente “esquecidos” pela urgência que o corpo físico impõe. Um trabalho diferente do habitualmente prestado ali, fora do campo das intervenções no corpo orgânico-físico – embora alguns efeitos do trabalho psíquico incidam também sobre ele – e com uma rotina também distinta da rotina da maior parte da equipe, que se reveza em turnos, escalas e plantões.

## **2. Descrição do serviço e caracterização da equipe de saúde**

O Serviço de Psicologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp) concentra atividades de assistência, ensino e pesquisa. Os psicólogos desse serviço estão inseridos em diversos centros hospitalares e serviços de saúde com os quais a ISCMSp mantém propriedade ou parceria.

Vinculada, então, ao Serviço de Psicologia, minha inserção se dá no Hospital Central, como psicóloga responsável pelo desenvolvimento de ações na Unidade Neonatal

(UTI neonatal e Cuidados Intermediários), no Ambulatório Geral de Pediatria e no Ambulatório Geral de Adolescentes.

Alocada na Unidade de Obstetrícia e Ginecologia (Uogi), a UTI neonatal constitui-se como espaço de interface entre esta e o Departamento de Pediatria. Apesar de ser afiliada a este último, está estrategicamente localizada no interior da primeira, a fim de facilitar a locomoção das puérperas. O Uogi dispõe, ainda, de Centro Obstétrico, enfermaria de Patologia Obstétrica, enfermaria de Doenças Ginecológicas e Alojamento Conjunto<sup>9</sup>, locais nos quais também eu desenvolvo meu trabalho quando, por exemplo, a mãe encontra-se internada no pós-parto e o filho, na UTI neonatal.

O espaço físico da Unidade Neonatal abarca quatro salas: três delas de UTI neonatal, que comportam 14 leitos, e uma de Cuidados Intermediários (Berçário), com 12 leitos. Em meio às salas, há um corredor central que dá acesso a todas elas. O critério de divisão dos pacientes nas salas é a gravidade dos casos e a patologia apresentada pelo recém-nascido ao nascer. Nas salas de UTI neonatal ficam os bebês em condições mais graves; na de Cuidados Intermediários estão aqueles com complicações mais simples, que não põem em risco a vida dos bebês. Ali, não há aparelhos monitorando-os e as mães podem participar mais ativamente dos cuidados de seus filhos.

A Unidade Neonatal também conta com uma sala de amamentação, onde as mães podem retirar e armazenar o próprio leite, que é então repassado aos respectivos bebês. Há ainda uma sala utilizada para aulas, reuniões e grupos, e outra, da equipe de Enfermagem, que acolhe também materiais, medicações e, geralmente, pais e familiares cujo bebê faleceu.

Os pacientes da UTI neonatal são recém-nascidos prematuros, com malformações ou doenças, que necessitam de cuidados especializados para manter-se vivos. Há tempos sabe-se que os cuidados adequados ao recém-nascido incluem a família e, especialmente, os pais. Assim, estes têm livre acesso à unidade diariamente, das 7 às 21 horas; os avós podem visitar os netos aos sábados, das 16 às 16h30; os irmãos, recentemente, foram incluídos nesse período de internação e visitam os bebês em dia e horário previamente agendados comigo<sup>10</sup>. Os demais parentes têm acesso à unidade somente com autorização prévia da equipe e em casos extremos, como quando o prognóstico é fechado, nas situações de óbito ou ainda quando o suporte familiar é frágil.

---

<sup>9</sup> Alojamento Conjunto é o local onde as mães ficam junto de seus bebês logo após o parto. Certamente, a presença, nesse local, das mães que tiveram seus filhos internados na UTI neonatal – e, portanto, encontram-se privadas desse contato íntimo que presenciam no leito ao lado – não se dá sem conflitos. Por vezes, diante do insustentável, solicitam a mudança de leito; quando possível, são alocadas na Patologia Obstétrica ou ainda nos leitos dispensados às Doenças Ginecológicas.

<sup>10</sup> Tal atividade será descrita e analisada na parte II, capítulo III, subcapítulo 2, “A visita de irmãos”.

O ambiente de cuidados intensivos é marcado por diversas regras, que se estendem a todos lá presentes. Não é permitido tirar fotos ou registrar imagens do ambiente; todos aqueles – inclusive os pais – que estabelecem contato direto com os bebês devem vestir aventais ou camisetas esterelizados; a assepsia das mãos é obrigatória para todos que adentram a unidade.

Nas salas de UTI neonatal e Cuidados Intermediários estão disponíveis cadeiras adequadas ao Método Mãe Canguru<sup>11</sup>, e as mães são incentivadas a utilizá-lo assim que o bebê possua condições mínimas para tal. Esse fato é de suma relevância e aponta um esforço da unidade em acolher as mães, ao reconhecer a importância destas para os bebês. Contudo, as mães ainda enfrentam algumas dificuldades durante a internação do filho, como a locomoção para realizar as refeições e usar o sanitário.

Em geral, quando os pais se dirigem pela primeira vez à unidade, são recebidos por algum membro da equipe, e o médico responsável pelo caso fornece informações a respeito do estado clínico e do tratamento do bebê.

A UTI neonatal da Santa Casa acolhe os bebês lá nascidos, bem como aqueles que necessitam de intervenção cirúrgica complexa e são, então, transferidos para a ISCMSP. Por constituir-se como serviço de referência para gestações de alto risco, muitas mulheres são encaminhadas para lá, vindo de diversas regiões da cidade, e mesmo de outros estados, para darem à luz nesse hospital, a fim de que os bebês possam ser acolhidos imediatamente com os recursos de que necessitam.

A diversidade de patologias dos recém-nascidos é grande, assim como a diversidade de “histórias familiares” a elas subjacentes. Esse universo inclui desde histórias de famílias bem estruturadas até histórias daquelas que não contam com laços afetivos firmes e estáveis entre seus membros. Deparamos com pessoas de condições físicas, emocionais, culturais e sociais extremamente distintas. E o serviço propõe-se a acolher tal diversidade imersa na complexidade.

Para tanto, como em toda UTI, a equipe de cuidados intensivos neonatais é composta de vários profissionais. Fazem parte da unidade em que se desenvolveu esta pesquisa:

- médicos diaristas e plantonistas – realizam visitas ao leito e coordenam discussões e condutas com os médicos residentes;

---

<sup>11</sup> “Método canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao recém-nascido. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto” (BRASIL, 2002, p. 18). As vantagens desse método se dão, para pais e bebê, nos âmbitos físico, afetivo, interpessoal e assistencial.

- médicos residentes – por se tratar de um hospital escola, a Unidade Neonatal é composta de residentes da Pediatria, que participam ativamente da assistência ao recém-nascido, além de frequentar aulas e reuniões clínicas com os demais médicos da unidade;
- equipe de Enfermagem – formada pela chefe de Enfermagem, por enfermeiras e por auxiliares e técnicos em Enfermagem, que se alternam em turnos e escalas de plantão. Cabe ressaltar que os últimos estabelecem um contato direto e próximo com os bebês e suas mães;
- equipe de Fisioterapia – dividida em turnos, compõe-se de profissionais que prestam atendimento de fisioterapia respiratória aos recém-nascidos, incluindo manobras de posicionamento e técnicas mais adequadas de ventilação;
- fonoaudióloga – avalia e treina os bebês em relação à sucção, deglutição e amamentação. Conforme o caso, realiza intervenções diretamente com a dupla mãe-bebê;
- assistente social – responsável por avaliar e fornecer os devidos encaminhamentos aos pais e familiares dos recém-nascidos no que se refere a dificuldades socioeconômicas e informações sobre direitos, registro e guarda do bebê;
- equipe de Nutrição – os profissionais verificam e providenciam a dieta ofertada ao bebê, assim como sugerem alterações e complementos nutricionais quando oportuno;
- farmacêutica – responsável pelas solicitações de medicamentos realizadas pela equipe médica, presta a ela esclarecimentos e orientações a respeito dos compostos medicamentosos;
- psicóloga – realiza avaliação e atendimento psicológico a todos os pais e bebês da unidade, além das visitas de irmãos.

Embora a presença da maioria desses profissionais não seja uma novidade, as tentativas de integração dos saberes em uma equipe multiprofissional, com uma prática consoante às diversas especialidades e especificidades técnicas e teóricas, são recentes<sup>12</sup>. Até então, nunca um psicólogo havia sido integrante da equipe multiprofissional da UTI neonatal da ISCMSP. Os atendimentos lá realizados pela Psicologia davam-se por interconsulta, isto é, quando algum profissional da unidade considerava necessária a intervenção de um psicólogo, convocava-o.

De acordo com o relato de profissionais com mais tempo de trabalho na unidade, a demanda por um psicólogo sempre existiu, porém aumentou proporcionalmente à integração dos diversos personagens desse cenário. Na primeira reunião multiprofissional, dentre outros

---

<sup>12</sup> Ao longo dos itens seguintes, serão abordadas algumas dessas ações, como as visitas e reuniões multiprofissionais e o grupo de pais.

tópicos, destacou-se a necessidade de um psicólogo nesse contexto, marcado por extremo sofrimento. Contudo, tal demanda não foi suprida imediatamente. Sem dúvida, há profissionais atentos e sensíveis às questões emocionais que lá irrompem. E é devido a tal percepção, seguida da constatação de certa impotência e incapacidade diante dessas questões, que a demanda por um psicólogo emerge também.

### **3. A construção de um fazer: possibilidades de atuação**

Pretende-se, neste subcapítulo, descrever e caracterizar as atividades formais desenvolvidas na UTI neonatal, quer aquelas em conjunto com a equipe de saúde, quer aquelas realizadas individualmente por mim. Cabe destacar que algumas intervenções – como o grupo de pais, a visita de irmãos, o atendimento pais-bebê e a atuação na situação de óbito – serão descritas e analisadas com base em casos clínicos na parte II, capítulo III, “Pensando a prática: do silêncio da escuta às vozes dos personagens – Aprendendo com a experiência”.

#### **3.1. Reunião multiprofissional**

Realizada mensalmente, envolve dois médicos diaristas (sendo um deles o chefe da Unidade Neonatal), enfermeira, enfermeira chefe da Pediatria, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, farmacêutica e psicóloga. Com uma ata elaborada previamente, cada profissional inscreve assuntos que gostaria de discutir na presença dos demais. Em geral, são abarcadas as dificuldades que cada área enfrenta para realizar o trabalho na unidade, bem como propostas de intervenções e soluções. Ademais, são discutidas aulas e palestras proferidas pela unidade, além de ações vinculadas à pesquisa.

Meus apontamentos nesse campo centram-se, sempre, no resgate do subjetivo de todos os envolvidos: bebê, família, equipe. Os temas que levo para a reunião são oriundos de minha prática e observação da unidade.

Cito, como exemplo, situações distintas. A primeira delas refere-se ao projeto “Visita de irmãos”, elaborado e desenvolvido por mim, atendendo à solicitação de parte da equipe médica. Como se tratava de um projeto recente, em processo de incorporação pela unidade e pelos profissionais, frequentemente eu fornecia a eles dados sobre a demanda das visitas e facilidades/dificuldades encontradas no decorrer delas. Em certas situações de dificuldade na implantação, estava claro que se tratava de um fenômeno resistencial, porém, em outras, havia descompasso na circulação de informações. Considerei, então, importante a informação que

era transmitida pela chefia e por mim. Adicionalmente, eu tentava manter conversas com os profissionais sobre a visita e, ao mesmo tempo, ouvir o que eles pensavam sobre o assunto.

Outra situação levada à reunião refere-se ao grupo de pais<sup>13</sup>. Frequentemente discutíamos o manejo mais adequado nessa intervenção e o que almejávamos com ela. Foi com base em tais considerações que propus a alteração da frequência do grupo: de mensal para quinzenal. A alta adesão dos pais a esse dispositivo sinalizava, a meu ver, uma intervenção eficaz, em algum nível. Assim, com a intenção de que um maior número de pais pudesse usufruir desse recurso, e para que eles pudessem participar mais vezes do grupo, a alteração foi implementada na unidade.

Outro tipo de consideração que fiz nas reuniões multiprofissionais refere-se à fotografia. Não é permitido a ninguém na unidade tirar fotos ou filmar. Entretanto, a maioria dos pais sai repleta de fotos dos filhos, tiradas pelo celular. O foco de meus apontamentos residiu justamente na problematização dessa proibição e na importância que tal registro pode ter – e tem – para os pais. Cito, entre outras, as justificativas que considero de maior relevância: marcar esse momento da vida do bebê e da família, que muitos pais querem “apagar” de suas histórias, sem se dar conta dos efeitos nefastos que tal “apagamento” pode ter; permitir que algo do sonhado e esperado nesse terreno do desconhecido possa realizar-se; auxiliar no processo de luto por meio do registro da existência do bebê, caso ele faleça; e possibilitar a integração do bebê na família ampliada, que espera por ele (nesse ponto, enfatizo a especificidade dessa UTI, a neonatal, pois o paciente nem sequer foi conhecido pelos familiares anteriormente).

### **3.2. Visita multiprofissional**

A visita multiprofissional ocorre semanalmente nos leitos dos cuidados intensivos. Além dos profissionais presentes na reunião multiprofissional, participam os médicos residentes e os especializandos da Fisioterapia. O objetivo de tal visita é discutir o paciente em sua integralidade, bem como seu tratamento e sua passagem pela unidade. Muitos apontamentos concentram-se nos aspectos médicos e didáticos voltados para os residentes; os demais profissionais fornecem seus pareceres com base nas solicitações dos médicos ou quando consideram pertinente.

A equipe geralmente demonstra interesse em saber se determinados pais comparecem à unidade, se estão afetivamente vinculados ao filho ou se possuem consciência

---

<sup>13</sup> O grupo de pais será descrito na parte II, capítulo III, subcapítulo 1, “O grupo de pais: quem cuida de quem? Sobre defesas, angústia e possibilidades de simbolização”.

da gravidade do quadro clínico deste. Curioso notar que aqueles casos considerados psiquicamente graves nem sempre correspondem aos considerados graves pela equipe médica. Quando oportuno, eu teço comentários sobre a dinâmica psíquica materna e/ou familiar a fim de, por exemplo, explicar a ausência dos pais ou a dificuldade de vinculação, levando em conta, sempre, a questão ética do sigilo profissional.

Esse dispositivo da unidade tem em si um potencial para constituir-se como um espaço fecundo de interlocução entre os profissionais da equipe de saúde e permitir uma compreensão mais abrangente dos bebês e das respectivas famílias. Nesse sentido, pode ser considerado um espaço privilegiado de ações interdisciplinares, em que são contempladas percepções das diversas especialidades que compõem a equipe de saúde sobre um mesmo caso/situação.

### **3.3. Intervenção conjunta entre Psicologia e Serviço Social: os “casos sociais”<sup>14</sup>**

Como parte da rotina, mantenho contato constante com a assistente social do serviço, a fim de compartilhar informações sobre risco de abandono e/ou suspeita de condições inadequadas de cuidado. Do mesmo modo, ela fornece a mim certas informações importantes a respeito da condição social e familiar.

Esse trabalho em parceria durante a internação do bebê tem se revelado de extrema importância para que possamos minimamente oferecer à família um suporte satisfatório para cuidar do filho. Enquanto trabalho com os pais questões psíquicas envolvidas no vínculo e repercussões emocionais da internação e do encontro com o bebê, por exemplo, a assistente social aciona, quando necessário, os demais familiares e/ou entidades judiciais competentes (encaminhamento ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e Juventude).

Em algumas ocasiões, a assistente social e eu tivemos a oportunidade de realizar um atendimento conjunto à mãe de um “caso social”, como é tipicamente conhecido. Após essa experiência de atendimento conjunto, que se mostrou extremamente eficaz e complementar nos saberes (com a articulação de aspectos emocionais, condição social e familiar e possíveis encaminhamentos do caso), surgiu-nos a ideia de oficializar tal trabalho com essas mães, antes mesmo que elas recebessem alta do hospital no pós-parto.

---

<sup>14</sup> Por este nome compreendem-se aqueles casos em que os bebês foram deixados pela mãe e por familiares no hospital e aqueles em que os pais/familiares não possuem condições emocionais e financeiras de fornecer um suporte de cuidados adequados ao bebê. Nessas situações, a guarda do bebê é ou transferida para algum familiar, ou encaminhada à Vara da Infância e Juventude. Nesta última possibilidade, os bebês permanecem no hospital até a transferência para um abrigo, com vistas à adoção.

### **3.4. O atendimento à família ampliada**

O atendimento à família ampliada inclui os cuidados aos avós, aos irmãos e aos demais parentes do bebê. No caso dos irmãos, tal ação se dá pela “visita de irmãos”. Com os outros familiares as intervenções ocorrem no momento em que comparecem à unidade por algum motivo (acompanhamento da mãe ou óbito do bebê, por exemplo). Geralmente, aqueles familiares que comparecem ao hospital, mesmo sabendo da restrição às visitas, são pontos de referência e sustentação do casal parental (suporte familiar). Diante disso, os atendimentos, breves no tempo, visam garantir acolhimento, bem como fortalecer a importância de manterem-se na condição de “lugar de ancoragem”.

## PARTE II – A CLÍNICA NA UTI NEONATAL

### I. Conceitos norteadores: sobre trauma, desamparo, angústia, luto e simbolização – Aprendendo com os fundadores

*O trauma é sem fala; ele permanece sem palavra porque é por definição impensável.*

Catherine Mathelin

O objetivo deste capítulo centra-se no aprofundamento de certos recortes conceituais caros à clínica em UTI neonatal. Sem a intenção de apresentar a complexidade dos conceitos aqui mencionados, almeja-se, na realidade, o afastamento dessa clínica e a realização de breves, porém importantes, reflexões e digressões teóricas, a fim de retornar à fenomenologia abordada com mais elementos que permitam a compreensão dos fenômenos vigentes. Para tanto, serão percorridos os conceitos de trauma, desamparo, angústia, luto e simbolização conforme postulados pelos grandes teóricos da Psicanálise.

#### 1. Revisitando os conceitos norteadores

Sabe-se que o desenvolvimento e a elaboração do conceito de trauma acompanham a própria construção e transformação da Psicanálise. Tradicionalmente utilizado em Medicina, o termo “trauma” foi tomado emprestado por Freud e, do grego, significa ferida com efração, conjunto de consequências ao sujeito devido a uma lesão causada por um agente externo. Com a transposição do termo para se referir a processos psíquicos, Laplanche e Pontalis (2001) afirmam:

A psicanálise retomou estes termos [trauma e traumatismo] (em Freud encontramos apenas trauma), transpondo para o plano psíquico as três significações que neles estavam implicadas: a de um choque violento, a de uma efração e a de consequências sobre o conjunto da organização. (p. 523).

Tem-se que em Freud a noção de traumatismo comporta o aspecto econômico do funcionamento psíquico, ocasionando ao psiquismo um aumento da quantidade de excitação, de tal forma que as vias habituais de elaboração não conseguem operar. Tal evento, se verificado,

trará consequências importantes ao funcionamento psíquico (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Nos primeiros escritos de Freud encontra-se a “etiologia traumática das neuroses”, considerada a primeira teoria do trauma, que compreende o período de 1892-1897. O trauma, nesse momento, é compreendido como um trauma sexual – sedução real – que, ao não ser correspondido por uma ab-reação, ocasionaria o adoecimento neurótico.

A partir dos anos 1920, com a elaboração do texto “Além do princípio de prazer” (1920), que se constitui como a base para a segunda teoria do trauma, Freud o define como um afluxo de excitação excessivo, que dificulta e/ou impede a capacidade do psiquismo de ligá-lo e representá-lo. O trauma estaria além do princípio de prazer e aquém da possibilidade de representação.

Outro texto freudiano tomado, neste trabalho, como referência e que discute as vicissitudes do traumático, articulando-as com a noção de angústia, é “Inibição, sintoma e angústia” (1926) – terceiro momento da elaboração teórica do conceito de trauma. Nesse escrito, Freud esclarece a origem traumática da angústia e relaciona-a com a ideia de desamparo.

Com base no objetivo ora proposto, este trabalho toma como foco recortes dos dois últimos textos citados e faz menção, quando oportuno, a outros autores que contribuíram para esta temática.

Em “Além do princípio de prazer” (1920), Freud direciona seu olhar para questionar e problematizar justamente a base que estabeleceu para o funcionamento psíquico: o princípio de prazer<sup>15</sup>. Parece haver algo “mais forte” na base do funcionamento psíquico. Esse algo “mais forte” nos direciona para a urgente tarefa do psiquismo de ligar as excitações provenientes do traumatismo, pondo em segundo plano o princípio de prazer.

Foram as observações de algumas situações, como as neuroses de guerra e os repetidos sonhos traumáticos<sup>16</sup>, que levaram Freud a refletir sobre o tema e postular outro funcionamento psíquico, nem sempre regido pelo princípio de prazer. Ele enuncia, nesse escrito, concepções fundamentais e úteis para se pensar a clínica em UTI neonatal: o modelo

---

<sup>15</sup> Princípio que regeria o funcionamento mental, ao evitar o desprazer – ou seja, o aumento das quantidades de excitação – e proporcionar o prazer – a redução das excitações. Tal princípio faz par com o princípio de realidade, princípio esse regulador, que adia a satisfação ao considerar as condições do mundo externo (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

<sup>16</sup> Deve-se lembrar que tal texto foi escrito em 1920, poucos anos após a Primeira Guerra Mundial.

da vesícula e a noção de trauma; compulsão à repetição e pulsão<sup>17</sup> de morte (operações de desligamento), como se verá a seguir.

Freud (1920) considera o modelo do aparelho psíquico análogo ao de uma vesícula viva. De acordo com ele, devido ao constante contato com os estímulos do mundo, parte dela sofreria transformações. Existiria uma camada mais externa, permeável aos estímulos, e outra logo depois dela, que se constituiria em uma espécie de crosta, a qual, na realidade, funcionaria como escudo protetor contra os estímulos externos, barrando o afluxo de excitações provindas de fora.

O termo “paraexcitação” é utilizado por Freud (1920) para se referir a essa função de proteção do organismo contra o afluxo de excitações externas que, se em grande quantidade, ameaça destruir o aparelho psíquico. Essa função de paraexcitação é fundamental para a manutenção do funcionamento psíquico: apenas certa quantidade de intensidade e excitações é suportável e tolerável pelo organismo. Freud destaca que o funcionamento da vida psíquica, ou seja, a possibilidade de fazer ligações, processamentos, transformações e retenção de energia, somente opera com um nível adequado/tolerável de intensidade/excitações.

Abaixo da camada protetora, há uma camada receptora de estímulos, definida como sistema Percepção-Consciência, que obtém amostras e pequenos fragmentos do mundo externo, exercendo, do mesmo modo, uma função protetora (FREUD, 1920). Contudo, o organismo está sujeito a estímulos provenientes de seu próprio interior que têm livre acesso ao sistema. São esses estímulos os responsáveis pelas vivências de prazer-desprazer. Quando as excitações internas estão em demasia, provocando desprazer, são tratadas como se viessem do exterior e, conseqüentemente, barradas pelo escudo protetor.

É nesse ponto que Freud (1920) define traumatismo como a ruptura do sistema de paraexcitação diante de um afluxo de excitações intensas, que invade e inunda o organismo, trazendo sérias repercussões a seu modo de funcionamento e ativando no sujeito defesas psíquicas importantes. A energia circularia de forma livre, não ligada, tendendo à descarga de forma direta e rápida (processo primário). Nas palavras do próprio Freud (1920):

Descrevemos como ‘traumáticas’ quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente uma conexão deste tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficazes contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a

---

<sup>17</sup> Pulsão: termo limite entre o somático e o psíquico, que se constitui como uma força/pressão que impele o organismo a determinado objetivo; “[...] carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 628).

provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio de prazer é momentaneamente posto fora de ação. Não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulos que irromperam, e de vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar. (p. 40).

Parece oportuno destacar que esse problema anunciado por Freud, da necessidade de ligar a energia, se dará via processo secundário, que tende a ligar a energia psíquica, impedindo que esta escoe desenfreadamente e postergando uma satisfação. Isso ocorre por meio do pensamento, de processos mentais mais elaborados<sup>18</sup> (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Por “ligação” Freud compreende as ligações entre representações, a limitação do livre escoamento de energia/excitação e a manutenção de formas estáveis no psiquismo. Na acepção econômica, diferencia energia livre de energia ligada. Tal conceito está presente em Freud desde o “Projeto para uma psicologia científica” (1895), no qual o autor conceitua *Bindung* como a passagem do neurônio do estado livre ao ligado. Já nesse texto, Freud designa o lado oposto da ligação: desligação, isto é, liberação brusca de energia que, ao ser livre, tende à descarga. Em 1920, ao trabalhar novamente a noção de traumatismo, Freud a toma justamente no momento em que a ligação se vê ameaçada e se torna mais próxima dos processos primários (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Seguindo, então, pelas vias dos fenômenos que parecem não se submeter ao princípio de prazer, Freud volta sua atenção aos sonhos recorrentes dos traumatizados pela guerra: por que o sujeito repete sonhos que não revelam a satisfação de desejo, mas, ao contrário, põem o sujeito novamente no cerne da cena traumática?

Freud destaca que tais repetições não são da ordem da recordação, do princípio de prazer, da elaboração e da ligação psíquica, isto é, não visam, através da repetição, tornar uma experiência familiar e menos invasiva ao dominá-la. São repetições que dominam o sujeito e visam dominar o excesso, controlar os estímulos traumáticos, por meio de ligações e da vivência ativa daquilo que o sujeito sofreu passivamente.

Interessante destacar que o casal Botella (2002) entende que o fenômeno da repetição do trauma aponta uma participação ativa do ego já em busca de ligação psíquica para o evento

---

<sup>18</sup> Laplanche e Pontalis (2001) relembram-nos que “a oposição entre processo primário e processo secundário corresponde à oposição entre os dois modos de circulação da energia psíquica: energia livre e energia ligada. Deve igualmente ser posta em paralelo com a oposição entre princípio de prazer e princípio de realidade” (p. 372).

traumático. A repetição alucinatória de algo percebido, comum nas neuroses traumáticas, pode ser concebida como um trabalho do psiquismo em ligá-la, “uma primeira ligação antitraumática” (BOTELLA; BOTELLA, 2002, p. 94).

Dessa forma, para evitar um estado de desamparo, o ego lança-se na busca de uma percepção – auditiva, visual, olfativa –, que se torna superinvestida e que está vinculada à experiência de pavor. O superinvestimento de uma percepção – repetição alucinatória – se produz justamente onde as capacidades de ligação fracassaram, em que levariam à criação de sentido culminando em representações. Isso corresponde a uma busca de explicação para o ocorrido, permitindo certa ligação aos eventos traumáticos pois:

[...] representa a criação de elo de causalidade que forneça uma ‘teoria’, uma explicação possível do verdadeiro desamparo que o ego sofreu, ou seja, é menos a iminência de um perigo externo do que a vivência de uma realidade interna representável: o brusco desaparecimento dos sistemas das representações e o abalo do próprio ego; na falta de outro meio, a retomada de uma percepção simultânea é seu último recurso, sua última possibilidade de ligação. (BOTELLA; BOTELLA, 2002, p. 166).

Para Freud (1920), a tentativa de ligação dos eventos traumáticos se dá por um modo de funcionamento primitivo do psiquismo, aquém do princípio de prazer: a compulsão à repetição e a pulsão de morte. Como bem esclarece Uchitel (2011): “Sobre esse movimento, funda-se a compulsão à repetição como forma de dominar o excesso de excitação provocado pelo trauma” (p. 66).

A pulsão de morte, contrária à pulsão de vida, revela uma tendência do psiquismo de retorno ao estado inorgânico, de não vida. A ela se atribuem fenômenos como destruição, separação, agressão. Se na pulsão de vida há predomínio dos processos de ligação, de repetir para elaborar e historicizar, de coesão e manutenção da unidade e da existência, na pulsão de morte há desligamento, dissoluções, desinvestimentos, clivagens. Há nítida oposição: ligação/desligamento, inscrição/não inscrição, união/separação (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

A esse respeito esclarece Santos Filho (2011):

Essa repetição demoníaca reflete o mais pulsional e arcaico modo de funcionamento psíquico: ao invés de repetir para dominar, o domínio da repetição; antes de repetir para recordar e elaborar, opera a ação de desligar, expulsar e descarregar. O território psíquico afetado pelo traumático vai se aproximar cada vez mais – no que diz respeito ao destino do sujeito e seu funcionamento psíquico – ao que aqui foi descrito sobre a pulsão de morte. (p. 59).

Fazendo jus ao título de seu texto “Além do princípio de prazer” (1920), Freud já de início anuncia que há no aparelho psíquico algo que põe em xeque o princípio de funcionamento psíquico estabelecido por ele até então: o princípio de prazer. É justamente a conceituação da noção de pulsão de morte que abala o princípio do funcionamento anterior (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

As repetições das neuroses em geral, descritas por Freud em “Recordar, repetir e elaborar” (1914), diferem da compulsão à repetição teorizada por ele em 1920. Se no primeiro modo de funcionamento psíquico descrito estamos no terreno do retorno do recalado<sup>19</sup> (inscrito no inconsciente e representado), daquilo que se repete e se faz ver para ser dominado e elaborado, submetido ao princípio de prazer, na conceituação de compulsão à repetição Freud (1920) dá um passo além.

Ele lança a hipótese de que o pulsional está vinculado à tendência de repetir e de que trauma e pulsionalidade se articulam como excesso, algo inassimilável. Assim, são repetidas vivências traumáticas não inscritas, não registradas no sistema inconsciente, regidas pela pulsão de morte; des-ligadas, são descarregadas. Diante das angústias intensas de aniquilamento, o aparelho psíquico pode funcionar desse modo para, paradoxalmente, impedir a própria “destruição”.

Sobre isso afirmam Laplanche e Pontalis (2001):

[...] o conjunto dos fenômenos clínicos em que Freud vê atuar esta compulsão põe em evidência que o princípio de prazer, para poder funcionar, exige a realização de determinadas condições, condições estas que o traumatismo vem abolir, na medida em que não é uma simples perturbação da economia libidinal, mas vem mais radicalmente ameaçar a integridade do sujeito. (p. 526).

Toda a problemática introduzida por Freud em 1920, a saber, a dualidade pulsional e a pulsão de morte como pulsão sem representação, nos direciona para o complexo campo do irrepresentável e do simbólico, passível de simbolização. Com esse texto, Freud (1920) deixa evidente que o inconsciente não é feito apenas de representações, não é constituído somente por conteúdos recalados. Há inscrições que circulam livremente, não fixadas no inconsciente, mas que produzem efeitos no sujeito. É o que parece indicar Roussillon (1999)

---

<sup>19</sup> Retorno do recalado: os elementos afastados da consciência pelo processo do recalque, alocados no inconsciente, tendem a retornar de forma disfarçada como sintomas, lapsos, sonhos e chistes (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Ver nota de rodapé seguinte para compreensão do termo “recalque”.

quando afirma que, embora inconscientes, alguns traços da vida psíquica não estão reprimidos porque não são representados.

Uchitel (2011) esclarece essa questão dizendo que:

Na instalação do trauma, a excitação que deveria ter tomado o caminho da representação, da ligação, ficou presa no circuito incessante das excitações sem forma. Por isso *o trauma não fala, se faz sentir e atua*. O que ele repete não é uma representação, mas uma percepção sem palavra. (p. 74, grifos da autora).

Desse modo, a libido ficaria presa ao evento traumático, impossibilitando novas ligações psíquicas (UCHITEL, 2011).

Por sua vez, Ferenczi e o casal Botella (2002) deram prosseguimento às contribuições para pensar o trauma como um evento fora da possibilidade de representação, em que o excesso pulsional impede o trabalho do pensar. Vale destacar que estamos fora do terreno do recalque<sup>20</sup>; não há representação e, portanto, não há conflito psíquico. A afirmação de Uchitel (2011) parece seguir no mesmo sentido:

Ante o trauma, o aparelho psíquico [...] fica impedido de reconhecer e transpor do nível da sensação, da percepção, para o registro do simbólico, da palavra, do verbal, do processo secundário, o acontecimento traumático. O sintoma traumático fica alheio ao sentido, à representação, às cadeias associativas e por isso se mostra como ato, como força, acusando um 'não sentido', uma 'não memória'. (p. 94).

Para que algo venha a se inscrever no psiquismo faz-se necessário um árduo trabalho psíquico, de ligação das excitações na cadeia associativa preexistente, possibilitando a inserção no universo representacional. Passível de representação, deixa de se apresentar. É justamente a ausência de ligação que evidencia a presença silenciosa da pulsão de morte. Assim, tem-se a representação como fruto de um trabalho psíquico.

Antes de prosseguir com Freud, é pertinente introduzir, neste momento das elaborações teóricas, as contribuições de Ferenczi (1932, 1933, 1934) à temática do trauma.

Como nos lembra Knobloch (1998), inicialmente Ferenczi concebia o trauma tal qual Freud: um evento disruptivo submetido ao recalque e que se manifesta em sintomas. Posteriormente, Ferenczi avança nas contribuições de Freud descritas em “Além do princípio

---

<sup>20</sup> Repressão ou recalque: trata-se de um mecanismo psíquico que visa manter no inconsciente ideias e excitações de origem pulsional que, se realizadas, provocariam prazer e alterariam de modo significativo o funcionamento mental. Constitui-se como um processo defensivo ao instaurar uma separação entre inconsciente e consciente/pré-consciente (ROUDINESCO; PLON, 1998).

de prazer” (1920) e potencializa a conceituação freudiana de trauma como aquilo que não se inscreveu no psiquismo, alheio ao espaço psíquico da representação, e que ocasiona uma clivagem no sujeito. Fora da cadeia representacional, não poderá ser lembrado e, portanto, tampouco esquecido.

Ferenczi concebe que a estruturação psíquica é, em si mesma, traumática, pois a criança terá de desenvolver certo esforço para adaptar-se ao seu meio, realizando rearranjos psíquicos. Proposição essa que se aproxima de Laplanche (1992) e de sua teoria da sedução generalizada, com a qual deixa explícita a assimetria entre adulto e criança e o modo como o primeiro faz marcas traumáticas, envia mensagens enigmáticas e desperta excitações no bebê, via cuidados.

No texto “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933), Ferenczi examina como certos traumatismos estão presentes na relação estabelecida entre pais e filhos. Nesse escrito o autor descreve como a liguagem do adulto difere da linguagem da criança e o que essa diferença comporta de traumático<sup>21</sup>.

O adulto está imerso na linguagem da paixão, marcada pela desmesura, pela sexualidade e pelas interdições culturais. Já a criança está sob a óptica da linguagem da ternura, isto é, uma linguagem essencialmente lúdica. O jogo lúdico proposto pela criança pode ser compreendido, errônea e confusamente pelo adulto, como jogo sexual. O autor compreende tal confusão de línguas como uma invasão do adulto na criança, que, por ter um psiquismo incipiente, é invadida por afetos intensos. Independentemente da ocorrência de uma violência sexual, o traumático se dá pois há um desrespeito ao ritmo próprio da maturação infantil, das necessidades físicas e psíquicas da criança.

Após tal experiência a criança sente-se confusa: por um lado, percebe-se inocente; por outro, devido à identificação com o agressor, está imersa em culpa. É justamente pela discrepância de línguas e pela “[...] confiança no testemunho de seus próprios sentidos [que] está desfeita” (FERENCZI, 1933, p. 117) que a criança buscará no adulto um sentido para a experiência, a fim de retirá-la do registro do desconhecido. Diante da incompreensão ou da dificuldade de nomear do próprio adulto, a confusão de línguas permanece sem sentido e se constitui como um evento violento.

Assim, o traumático se assenta, essencialmente, no desmentido para a criança do ocorrido. O desmentido configura-se como a negação, por parte do adulto, de que algo

---

<sup>21</sup> Esse texto será tomado como paradigmático no que concerne à concepção de trauma. Isso significa não considerá-lo em sua literalidade, isto é, apenas e exclusivamente para cenas de crianças no relacionamento com adultos. Veremos que o fundamental das teorizações de Ferenczi são os fatores que compõem a experiência traumática: assimetria, confusão, clivagem, desmentido e suas consequências.

aconteceu com a criança. Para o autor, esse desmentido é que torna o evento algo traumático e patológico, impossibilitando a representação psíquica do ocorrido. Além de negar a ocorrência do evento, nega, concomitantemente, os possíveis sentimentos experienciados: “A confusão traumática sobrevém, na maioria das vezes, em consequência da agressão e da reação serem desmentidas pelos adultos [...]” (FERENCZI, 1932, p. 224). E aqui pode-se estender tal cena para a UTI neonatal: mães que não são legitimadas em seus lutos, mesmo quando o bebê não falece, ou, quando falece, mães que têm sua dor tamponada por falas consoladoras, como: “Foi melhor assim” ou “Ele só viveu algumas horas”.

Compreende-se que o desmentido parece contribuir para a não representação do vivido. De acordo com Botella e Botella (2002), as inscrições, sem representações, estão no registro de traços perceptivos, não podendo ser lembradas, pois nem sequer foram representadas. Então:

[...] é isso a não representação que, mesmo originando-se em um acontecimento real, não foi no entanto percebida, representada ou ainda recalçada, que não passou pelos órgãos dos sentidos. É a marca de um desconhecível, de um conhecimento sem acesso possível à consciência pela via habitual. (BOTELLA; BOTELLA, 2002, p. 147).

Dessa forma, torna-se claro que a não representação somente pode ser entendida em termos de negatividade: há ausência de representação e de qualidade sensorial. Para o ego, a não representação manifesta-se por um excesso de excitação não transformada.

A não representação é sentida pelo ego como um excesso de excitação; se o psiquismo não consegue, por meio de uma transformação, tornar essa vivência acessível ao sistema de representações, o ego experimentará tal vivência como traumática. (BOTELLA; BOTELLA, 2002, p. 92).

Evidencia-se, assim, que o risco maior de um efeito ou de uma qualidade traumática é o perigo da perda de representação, e não apenas da perda do objeto. Perda de representação que é reforçada pelo desmentido postulado por Ferenczi (1933). É o risco de não representação que caracteriza o desamparo (BOTELLA; BOTELLA, 2002).

Como consequência desse trauma, sob efeito do desmentido e alheio a representações, tem-se o que Ferenczi (1934) postula como comoção psíquica:

Comoção, reação a uma excitação externa ou interna num modo mais autoplástico (que modifica o eu) do que aloplástico (que modifica a excitação). Essa neoformação do eu é impossível sem uma prévia destruição parcial ou total, ou sem dissolução do eu precedente. Um novo Ego não pode

ser formado diretamente a partir do Ego precedente, mas a partir de *fragmentos*, produtos mais ou menos elementares da decomposição deste último. (FERENCZI, 1932, p. 227, grifo do autor).

Com base nas postulações do autor torna-se claro que, ao não conseguir alterar e transformar a excitação, o eu modifica a si próprio para tolerar a situação traumática.

A palavra “choque” “é equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa do Si mesmo” (FERENCZI, 1934, p. 125). Para ele, o choque é duplo: pelo próprio trauma e pelo desmentido. Após a comoção psíquica, que emerge sempre sem sinais e aviso, o sujeito passa a ter pouca confiança em si e no mundo. Para Ferenczi (1934) – assim como se verá que também para Freud (1926) –, o fator surpresa é importante na determinação de um evento traumático, cuja consequência será a angústia – outro ponto em comum com a teoria freudiana. No momento da surpresa, “[...] é o risco da morte psíquica que irrompe para o sujeito” (KNOBLOCH, 1998, p. 64).

Com a suspensão da capacidade de agir e de pensar, o sujeito revela um afastamento da própria subjetividade, com a finalidade de suportar a intensa dor oriunda do trauma. Um choque, um acontecimento potencialmente traumático, age como um anestésico, ao suspender a atividade psíquica: o sujeito encontra-se em um estado de passividade. A suspensão da atividade psíquica significa, em outras palavras, a suspensão da percepção e do pensamento (FERENCZI, 1934).

O casal Botella (2002) corrobora tais considerações ferenczianas ao afirmar que a compreensão desse fenômeno se dá pela via da negatividade, isto é, da ausência e de um buraco no psiquismo, “[...] que se manifesta na dinâmica psíquica sob a forma de uma alteração do processo, sentido mais frequentemente como falha do pensamento” (BOTELLA; BOTELLA, 2002, p. 146).

Consequentemente, o sujeito fica sem defesas: se não há percepção do evento, não há defesa psíquica para ele. Como resultado também essas impressões não percebidas não poderão ser inscritas em traços mnêmicos: não há acesso à memória. Com a descrição da clínica, poderá se notar como tal contribuição nos é especialmente útil para a compreensão dos processos intersubjetivos e intrapsíquicos dos personagens em UTI neonatal.

De acordo com Ferenczi (1934), diante de vivências que comportam uma dor intolerável, a “solução” encontrada pelo sujeito será a clivagem, ou seja, a instauração de um corte na subjetividade para manter apartada uma dor insuportável. “[...] não existe choque, nem pavor, sem um anúncio de clivagem da personalidade” (p. 119).

Aqui, não se trata de possibilitar representações que auxiliem a suportar o desagradável. Aquilo que o autor denomina de autoclivagem narcísica está fora do campo do recalque. Como aponta Uchitel (2011): “Pela *clivagem* o *ego* cinde-se, o trauma fica fora do recalque e da representação, excluindo a vivência traumática de qualquer contexto significativo” (p. 117, grifos da autora).

Vale lembrar que Freud já havia tratado do mecanismo de clivagem do ego no texto “A clivagem do ego no processo de defesa” (1939). De acordo com ele, esse corte vertical na estrutura do eu, que produz uma cisão, ocorre sob os efeitos de um trauma psíquico. Permaneceria no psiquismo a coexistência de duas atitudes psíquicas opostas: reconhecimento e desautorização de determinada percepção/realidade. Tal mecanismo defensivo seria resultado de um conflito e, portanto, diz respeito a cadeias representativas opostas e incompatíveis entre si. Contudo, Ferenczi (1934) parece referir-se à clivagem como uma ruptura no ego, separando uma parte representada de uma parte não representada.

Ferenczi (1932) baseia-se no processo de autotomia, descrito pela Biologia, no qual seres elementares “abandonam” partes de si mesmos para continuar vivos. Em termos psíquicos, observa-se uma profunda dissociação entre afeto e conhecimento.

Para o autor, as partes clivadas funcionam como personalidades distintas, que não se comunicam entre si. Denomina esse estado de “atomização”, “fragmentação” (FERENCZI, 1933, p. 120), e “explosão”, “pulverização” (FERENCZI, 1932, p. 226). Essa clivagem é a dissociação do sujeito: “A pessoa divide-se num ser psíquico de puro saber que observa os eventos a partir de fora, e num corpo totalmente insensível” (FERENCZI, 1932, p. 142).

A clivagem parece ser concebida por Ferenczi (1932) também como uma saída possível diante da ausência de socorro e ajuda de outro. Nas palavras do autor:

ESTAR SÓ conduz à clivagem. A presença de alguém com quem se possa compartilhar e a quem se possa comunicar a alegria e o sofrimento (amor e compreensão) CURA o trauma. A personalidade é reunificada, ‘CURADA’. (p. 248, destaques do autor).

Interessante notar que, ao falhar a ajuda externa, por parte de outro, é o próprio sujeito que se atira em seu salvamento, na tentativa de se adaptar minimamente à situação adversa. Para manter-se vivo, lança mão de um mecanismo radical, que põe à prova a própria saúde mental. Como bem afirma Knobloch (1998): “Tornar-se louco mostra o desejo de conservar a vida custe o que custar” (p. 69).

Roussillon (1999) concorda com as postulações de Ferenczi no tocante ao complexo processo de clivagem, que advém como “saída” ao trauma. Destaca, contudo, que é uma “saída” paradoxal, pois, para sobreviver, o sujeito se retira de si e faz um corte na subjetividade. “Ele assegura, e este é o paradoxo, a sobrevivência psíquica se cortando de sua vida psíquica subjetiva” (p. 7).

O autor vai além ao considerar que a clivagem, como defesa radical, retira o sujeito de sua subjetividade e não apenas subtrai a representação como o faz o recalque. Na realidade, a experiência nem sequer foi representada como experiência do ego (ROUSSILLON, 1999).

E aqui já se anuncia a importância fundamental da presença de um outro que sustente o sujeito e ofereça a ele possibilidades de compartilhamento – funções essas que considero parte do trabalho do psicólogo em UTI neonatal.

Contudo, consequências importantes ocorrerão na subjetividade do sujeito com o desmentido e a clivagem. Uma delas, cita Ferenczi (1933), é o brusco amadurecimento da criança, figurizada na imagem do “bebê sábio”. Para o autor, esse amadurecimento precoce surge diante de aflições extremas, que colocam o sujeito inevitavelmente em contato com a angústia de morte. “Nesse caso, pode-se falar simplesmente, para opô-la à regressão de que falamos de hábito, de *progressão traumática* (patológica) ou de prematuraçã (patológica). Pensa-se nos frutos que ficam maduros e saborosos depressa demais [...]” (p. 119, grifo do autor). Parte da personalidade amadurece precocemente.

Como todo mecanismo de defesa, a clivagem deixa rastros e marcas importantes na subjetividade, para além do amadurecimento precoce anunciado por Ferenczi (1933). Embora a clivagem mantenha afastados certos conteúdos psíquicos por serem intoleráveis, ela não é capaz de eliminar completamente o ocorrido, mas apenas de mantê-lo afastado e dissociado, incomunicável com o restante: “[...] o pavor foi a força que dissociou os sentimentos do pensamento; mas esse mesmo pavor está sempre operando, é ele que mantém separados os conteúdos psíquicos assim dissociados” (FERENCZI, 1932, p. 251).

A subjetividade restringe-se; os laços afetivos são afrouxados, a curiosidade é tamponada. Vínculos e projetos podem lançar o sujeito em uma vivência de colapso. Para Roussillon (1999), o empobrecimento do ego é a marca central da clivagem, haja vista que ele se encontra na fundamental tarefa de manter a vida psíquica, mesmo que clivando parte dela.

O autor oferece uma importante contribuição ao considerar que a experiência traumática não desaparece, mesmo se clivada. Assim, os traços dessa experiência estão no inconsciente e, dessa forma, são submetidos à compulsão e à repetição. Tal postulação equivale a dizer que o clivado também retorna – o que evidencia que essa defesa não é

suficiente para afastar o trauma –, mas sem conteúdo representativo. O efeito do retorno do clivado é submeter o sujeito ao estado traumático anterior; ele é recolocado na situação traumática.

Com base nas teorizações anteriormente descritas, tem-se que um evento traumático pode desencadear dois mecanismos defensivos distintos, a saber, o recalque e a clivagem. Ferreira (2006) retoma importante distinção proposta por Figueiredo<sup>22</sup> sobre os traumatismos constitutivos e destrutivos dependendo do mecanismo psíquico predominante, o recalque ou a cisão/clivagem. Diante de conteúdos e vivências intoleráveis e incompatíveis na vida psíquica, potencialmente causadores de conflitos, o aparelho psíquico faz uso do recalque para separar e alocar tais vivências no inconsciente: são barreiras horizontais. Já os traumatismos destrutivos são marcados pela clivagem/cisão, que mantém uma barreira vertical, separando a realidade da vida subjetiva. Pode-se pensar em duas linhas paralelas que não se cruzam. Como resume Ferreira (2006), “[...] um evento traumático pode se inserir numa série psíquica e dar origem à neurose, manifestando-se através de sintomas, ou gerar um traumatismo que se manifesta como transtorno, sob a égide das cisões e das compulsões à repetição” (p. 33).

Voltando a Freud, adentra-se o terceiro momento da elaboração teórica freudiana sobre o trauma. O autor dá continuidade ao estudo do trauma, em especial no texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926), o qual este ensaio discutirá a seguir, para então estabelecer um ponto de conexão com a noção de desamparo, já apresentada por Freud em 1895, em seu “Projeto para uma psicologia científica”.

Antes de dar início ao estudo desses textos, vale recorrer à própria distinção que Freud (1920) faz sobre angústia e susto/terror. Essas noções são essenciais para que se possa acompanhá-lo, e marcam uma diferença importante na reação do sujeito diante de um perigo/evento potencialmente traumático.

Freud (1920) distingue claramente susto/terror de angústia. As primeiras vivências são reações a situações de perigo ou a estímulos externos intensos que surpreendem o sujeito, o qual, despreparado, não consegue dominar essa situação nem se proteger em meio a ela. Já a angústia caracteriza-se pelo oposto: é um estado de expectativa em relação ao perigo, e, de certa forma, o sujeito encontra-se preparado para enfrentá-lo. Mais adiante se notará que Freud (1926) estabelecerá uma distinção entre angústia sinal e angústia automática.

---

<sup>22</sup> Em Ferreira (2006) não foi encontrado o ano da referência a Figueiredo, e sim uma indicação em nota de rodapé: “figueiredo\_luiz\_claudio-corpo\_afeto\_linguagem.shtml”.

Ao contrário do que postulava anteriormente, a angústia seria não mais um resto do recalçamento, mas sim um sinal de perigo ao psiquismo, que poderia culminar no recalque. De consequência passa a ser causa do recalque e precedente a ele. Diante de uma situação potencialmente perigosa, o ego dispara o sinal de angústia/angústia sinal como forma de se preparar para um afluxo de excitações. Nesse sentido, tem-se claro que a angústia sinal não evita o trauma, apenas o ameniza (FREUD, 1926).

Contudo, em certas ocasiões, o trauma é inesperado e a angústia sinal não é acionada: a angústia automática entra em cena e sinaliza, na realidade, o próprio trauma. As vivências de susto e terror – ou de pavor, como nomeia Ferenczi – são ocasionadas pela falta de preparação pela angústia sinal; a ausência desta impede ou dificulta que o ego construa barreiras para a inundação pulsional, como o recalque. Sem ser esquecido, ou mesmo lembrado, o evento traumático segue em repetições, sem poder ser simbolizado (FREUD, 1926).

A angústia automática aparece como resposta a uma situação de desamparo e, nesta, não é possível haver ações que visem barrar o transbordamento pulsional. Se o sujeito vê-se submergido pelas excitações, o resultado é o sentimento de desamparo. Conforme afirmam Laplanche e Pontalis (2001): “Para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia” (p. 112). A angústia automática configura-se como uma resposta espontânea do organismo a uma situação traumática.

Resumidamente, há duas formas de angústia: angústia automática, que surge na situação traumática e tem como base a experiência de desamparo do eu quando este não consegue manejar um acúmulo de excitação; e angústia sinal, que visa evitar a angústia e a instalação de uma situação traumática. Como esclarece Freud (1926):

O indivíduo terá alcançado importante progresso em sua capacidade de autopreservação se puder prever e esperar uma situação traumática dessa espécie que acarrete desamparo, em vez de simplesmente esperar que ela aconteça. Intitulemos uma situação que contenha o determinante de tal expectativa de uma situação de perigo. É nessa situação que o sinal de angústia é emitido. O sinal anuncia: ‘Estou esperando que uma situação de desamparo sobrevenha’ ou ‘A presente situação me faz lembrar uma das experiências traumáticas que tive antes. Portanto, previrei o trauma e me comportarei como se ele já tivesse chegado, enquanto ainda houver tempo para pô-lo de lado’. A angústia, por conseguinte, é, por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro, uma repetição dele em forma atenuada. Assim os dois traços de angústia que notamos têm uma origem diferente. Sua vinculação com a expectativa pertence à situação de perigo, ao passo que sua indefinição e falta de objeto pertencem à situação traumática de desamparo – a situação que é prevista na situação de perigo. (p. 161).

Dessa forma, a situação de perigo configura-se como ameaça de situação traumática (expectativa), e a situação traumática é a própria situação de desamparo.

Interessante ressaltar que o casal Botella (2002) afirma que o trauma somente pode ser compreendido pela via da negatividade, o que significa que é traumático todo e qualquer evento que comporte um conteúdo afastado de uma representação em si, culminando no estado de desamparo. Trata-se de uma ausência de conteúdo representacional na percepção, e não de uma percepção com conteúdo traumático, que ocasionaria um excesso de excitação, com consequências importantes para o ego e para o funcionamento psíquico:

O trauma deve ser compreendido em uma negatividade: uma violenta e brusca ausência das tópicas e das dinâmicas psíquicas, a ruptura da coerência psíquica [...] É no caráter ‘negativante’, na perda pelo ego de seus recursos, que compreendemos a qualidade traumática. A desorganização brutal originar-se-ia, acreditamos, não numa percepção, mas na ausência de sentido do violento excesso de excitação e do estado de desamparo do ego, na impossibilidade para o ego de representá-los para si. (BOTELLA; BOTELLA, 2002, p. 93).

Aquilo que me interessa discutir a partir de tal revisão, em especial, refere-se às vivências de susto, surpresa e terror (*schreck*), que penso aproximarem-se das vivências dos pais em UTI neonatal e, por vezes, também da equipe. Tais vivências têm o potencial de ocasionar a ruptura do sistema de proteção, de paraexcitações, invadindo o psiquismo com um excesso pulsional. Não houve sinal de angústia que impedisse/atenuasse a inundação pulsional, mesmo pela via do recalque ou por outras operações de defesa. De acordo com Laplanche e Pontalis (2001), “[...] Freud vê no pavor ou susto uma condição determinante da neurose traumática” (p. 338).

Pode-se pensar no comprometimento da emissão da angústia sinal em UTI neonatal, desde a imprevisibilidade da internação, em alguns casos, até a previsível instabilidade e imprevisibilidade dos acontecimentos nesse ambiente: bebês extremamente instáveis e equipe em contato constante com dois opostos (vida e morte). Do mesmo modo, cabe a nós, psicólogos, refletir sobre o disparamento da angústia automática como reação a um evento traumático e as repercussões intrapsíquicas e intersubjetivas de tal fenômeno nesse cenário.

Como consequência do trauma, os demais processos psíquicos são empobrecidos, como já visto em Ferenczi (1934). Freud (1926) ressaltava que a ruptura extensa da barreira de paraexcitação – que define o trauma – está muito mais relacionada ao estado de terror, ao fator surpresa, do que à magnitude ou natureza do evento. O sujeito foi pego desprevenido, não foi possível ao aparelho psíquico munir-se de defesas e barreiras adequadas à quantidade

e qualidade dos estímulos. Estes, como exposto, invadem o organismo, constituindo uma massa de excitações e intensidades livres, energia sem ligação.

Feitas tais considerações, Ferreira (2006) propõe pensar em duas classes de trauma: metabolizável/assimilável, que corresponde às produções neuróticas, fruto do recalçamento, com a presença da angústia sinal; e não metabolizável/inassimilável, sem representação e conflito, marcado pela angústia automática (que sinaliza o próprio trauma). O que se deve notar é a proposição da autora de que o trauma não metabolizável pode inserir-se em uma estrutura neurótica ou em qualquer outra, pois configura-se como “[...] um acidente que pode ocorrer em qualquer momento da organização psíquica e que envolve a vivência de *perda de si*. É a *angústia de aniquilamento*, portanto, pela vivência de *terror* e de *susto* que está em vigor nessa modalidade traumática” (p. 33-34, grifos da autora).

Entendo que a autora se refere a situações/acontecimentos que se apresentam como ameaça à vida, por seu excesso de quantidades que ingressam no psiquismo e que dele provêm, remetendo o sujeito a uma vivência de desamparo – ausência de ajuda – que deflagra a angústia automática.

É importante ressaltar que, embora Freud postule a existência de fontes externas (perigo real) e internas (pulsionalidade) de angústia, afirma também que não há diferença entre elas em relação à situação econômica: o eu é tomado por um acúmulo de excitação diante de uma vivência de dor forte e, em qualquer dos casos, o ego se vê sem recursos. Como lembram Laplanche e Pontalis (2001), o modelo da vesícula viva anunciado por Freud em 1920 é posto em questão.

Os perigos internos, para Freud, comportam certa característica em comum, e remetem a vivências de perda e de separação que, se demasiadamente intensas, podem ocasionar um aumento de excitações e a submersão do ego a elas – eis o desamparo (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Como afirma Freud (1926):

Em relação à situação traumática, na qual o paciente está desamparado, convergem perigos externos e internos, perigos reais e exigências pulsionais. Quer o eu esteja sofrendo de uma dor que não para ou experimentando um acúmulo de necessidades pulsionais que não podem obter satisfação, a situação econômica é a mesma, e o desamparo motor do eu encontra expressão no desamparo psíquico. (p. 163).

As palavras de Uchitel (2011) mostram-se esclarecedoras acerca dos processos psíquicos por ocasião do trauma:

O *trauma* seria, assim, a consequência do *excesso de excitação* [...]; do *resultado da liberação de muita energia livre* dentro de um sistema com escassas reservas de energia quiescente (ligada), do *fracasso na ligação*; e da *falha da ação da defesa e da angústia-sinal*, que deixa o campo livre para o impacto desorganizador da surpresa, do susto e da sensação do perigo de morte. (p. 66, grifos da autora).

Parto da premissa de que a UTI neonatal pode ser considerada o lugar típico do desamparo humano e um local propício à manifestação da angústia, em todos os agentes desse cenário, de forma específica e diferente em cada um deles. Assim, concordo com Krodi (2009) quando esta afirma que todas as vivências em tal ambiente são caracterizadas pela condição humana de ser desamparado: bebês, pais e equipe, o que a seguir será analisado mais de perto.

De acordo com Freud (1926), o nascimento é tido como o protótipo da situação de angústia, uma reação a um estado de perigo cujo desencadeante seria a separação. Há um intenso afluxo de excitações e desprazer no bebê, que não consegue dominá-lo e descarregá-lo. Esse é o aspecto quantitativo – econômico – que tanto caracteriza o trauma na teoria freudiana. Para Freud, o nascimento é a primeira experiência de angústia e, diante de qualquer situação posterior de perigo, diante de qualquer excesso de excitação, ela é reproduzida.

A situação de angústia do nascimento caracteriza-se pela separação do bebê da mãe e, principalmente, pela constituição de uma angústia não inscrita no campo do simbólico e representacional.

Deve-se lembrar que a noção de desamparo é tratada por Freud muito antes, em 1895, no texto “Projeto para uma psicologia científica”. Nesse escrito, Freud anuncia como a situação de prematuridade biológica – mesmo para bebês nascidos a termo –, que caracteriza o estado do bebê após o nascimento, o põe em uma situação de desamparo e de dependência. Nessa condição, o bebê necessita de cuidados e da ajuda de um outro que dê fim às tensões pulsionais. Assim, na condição de ser dependente, é preciso que alguém forneça a ele “ações específicas” para sanar as necessidades básicas (fome, respiração e sexualidade), com vistas a eliminar a tensão interna (FREUD, 1895).

Spitz (1947) demonstrou com seus estudos os efeitos danosos da separação precoce entre mãe e bebê e o modo como este desenvolve um quadro depressivo, que o autor cunhou de “depressão anaclítica”, como reação à ruptura da continuidade da presença de um outro e de seus cuidados. A ausência do outro cuidador remeteria a criança à situação de desamparo.

A importância, no início da vida, da presença de outro que provê cuidados adequados ao bebê é também enfatizada por toda a obra de Winnicott. O autor, no texto

“Desenvolvimento emocional primitivo” (1945), postula que o bebê nasce em um estado de não integração e que, graças aos cuidados maternos adequados às necessidades físicas e psíquicas<sup>23</sup>, acrescidos da propensão instintiva do organismo a se integrar, o bebê tenderia ao amadurecimento e à integração.

Quando há falhas graves na provisão ambiental (cuidados) – ausências, intrusões –, o bebê vivencia um estado de desintegração, que é acompanhado de “agonias impensáveis” (mais intensas do que angústia), instaurando uma quebra na continuidade de ser (WINNICOTT, 1963). Esse estado é que caracteriza o trauma para Winnicott: para ele, “o *trauma* é o efeito de uma intercorrência em um processo que poderia ter progredido naturalmente de forma favorável se contasse com um meio ambiente facilitador” (UCHITEL, 2011, p. 131, grifo da autora).

De acordo com Winnicott (1965), a família assume vital importância ao prevenir, de certa forma, traumas. Isso apenas será possível se a família estiver apta a se adequar às necessidades de cada estágio desenvolvimental da criança. Assim, Winnicott (1965) afirma:

O funcionamento familiar pode ser encarado como preventivo do trauma, desde que se permita que o significado da palavra ‘trauma’ *mude com o crescimento da criança, da primeira infância para a maturidade plena, com o crescimento que vai da dependência para a independência*. Com base nisso, a família pode ser estudada não somente como uma atitude estruturada dos pais, parentes próximos e irmãos e irmãs, mas também como algo que é em parte *produzido pelas necessidades urgentes das próprias crianças, necessidades surgidas da dependência e do fato de que o processo individual de amadurecimento só se torna realizado em um meio ambiente facilitador*. (p. 115, grifos do autor).

Portanto, a concepção de trauma para Winnicott nos remete às dificuldades enfrentadas pelo sujeito no início da vida e ao modo como as necessidades vitais não satisfeitas provocam consequências drásticas na estruturação da subjetividade. Dessa forma, o trauma para o referido autor aponta “[...] para o âmbito do que foi impossível ou difícil de representar e simbolizar, e para o âmbito da fragilidade de um *self* que não conseguiu se organizar e progredir a partir do processo necessário, mas nem sempre presente, da identificação materna primária” (UCHITEL, 2011, p. 136).

---

<sup>23</sup> Faço referência às funções da mãe suficientemente boa: *holding*, *handling* e apresentação de objetos (WINNICOTT, 1965a), facilitadas quando a mãe encontra-se identificada com o bebê e apta a satisfazer as necessidades dele. Esse estado, Winnicott (1956) cunhou de “preocupação materna primária”. Tendo início na gravidez e término após algumas semanas do nascimento do bebê, ocorre com as mulheres grávidas sadias e assemelha-se a uma “doença”. A mãe é capaz de regredir e de se identificar com o bebê, satisfazendo, assim, as necessidades dele. A mãe que ingressou em tal estado é capaz de fornecer ao filho um ambiente saudável para seu desenvolvimento, para ele poder ser e crescer (WINNICOTT, 1956).

Nesses casos, a sensação do bebê pode ser descrita como nos mostra Winnicott (1988): “Ser feito em pedaços, cair para sempre, morrer e morrer e morrer, perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos” (p. 76). É a ameaça de aniquilamento, de desintegração, que caracteriza o trauma no início da vida.

Para Winnicott (1960), a noção de *holding* assume importância vital diante do desamparo e da impossibilidade de o recém-nascido viver sem outro cuidador. Por meio do *holding*, a mãe oferece ao filho sustentação, possibilitando a ele sentir seu corpo e o corpo materno. A criação desse ambiente de amparo promove a sensação de haver um outro disponível ali, que propicia um clima de confiança e protege a criança do medo da queda e da vertigem. Ou seja, a mãe como anteparo é capaz de funcionar como um ego auxiliar: a continuidade de ser do bebê não é rompida. Além de o *holding* incluir uma provisão ambiental adequada, permite, também, a criação de um lugar psíquico.

Roussillon (1999) retoma o trauma em Winnicott para postular a existência de um traumatismo primário, que interfere drasticamente nas possibilidades de simbolização do sujeito, ocorrendo em fases precoces da subjetivação. Contudo, destaca o autor que, na realidade, esse traumatismo terá efeitos danosos mesmo que afete o psiquismo mais tardiamente, se provocar uma experiência de transbordamento e de desamparo.

Quando isso ocorre – e caso se prolongue por um tempo além do suportável –, o sujeito está imerso em um “estado traumático primário”. Esses estados:

[...] são, como os estados de desamparo, experiência de tensão e de desprazer sem representação (o que não quer dizer sem percepção nem sem sensação), sem saída, sem recursos internos (foram esgotados) e sem recursos externos que são falhos, são estados para além da falta e da esperança. Esses estados traumáticos primários reencontram então um impasse subjetivo, eles provocam um estado de desespero existencial, uma vergonha de ser que ameaça a existência da subjetividade e da organização psíquica. O sujeito se sente culpado e responsável de não ter podido fazer face àquilo com o que se confrontou, arrisca-se a “morrer de vergonha” pela ferida identitária-narcísica primária que lhe infringe a situação traumática. (ROUSSILLON, 1999, p. 6).

Aqui, nota-se uma diferença importante quanto à concepção de trauma para Freud. Para Winnicott, o trauma é posterior ao estabelecimento de *self* e é marcado por uma falha na provisão ambiental, que promove uma ruptura na continuidade de ser. O indivíduo reage e não pode ser. O trauma não é, de acordo com Winnicott, estrutural como o é para Freud.

Considera-se oportuna e pertinente a aproximação da mãe suficientemente boa de Winnicott com a função de paraexcitação descrita por Freud, em relação ao excesso de excitações que pode invadir o sujeito, levando ao trauma.

Quando a mãe está identificada com o bebê (estado de preocupação materna primária), é capaz de mostrar pequenos fragmentos da realidade externa, de forma compreensiva e limitada, levando em conta as necessidades de seu filho. Ao fazê-lo em “pequenas doses”, a mãe propicia ao filho a experiência de que ele criou aquilo que encontra. Dito de outro modo, os acontecimentos do mundo devem coincidir com a imaginação da criança. Então, quando ela sente fome, o seio se apresenta de forma a satisfazê-la. É o que Winnicott (1952) chama de “ilusão de onipotência”: o bebê tem a sensação de ter criado magicamente os objetos. Gradativamente, a mãe falha na adaptação às necessidades do bebê, instaurando o fundamental processo de desilusão, o que possibilita ao bebê tolerar frustrações e tomar contato com a realidade. Eis os primórdios do processo de simbolização para Winnicott (1952).

A ação de mostrar pequenas doses do mundo ao bebê parece próxima da cunhada por Freud quanto ao escudo protetor: somente parte de intensidades tem passagem liberada; somente fragmentos do mundo são apresentados ao bebê. A mãe filtra os excessos de realidade, deixando passar somente aquilo que é tolerável. Caso contrário, haveria um excesso no psiquismo, um transbordamento e uma inundação, uma ruptura na continuidade de ser.

Ainda sobre a radical dependência do recém-nascido de um outro, necessário ao processo de subjetivação do primeiro, cabe mencionar os estudos de Melanie Klein sobre o mundo interno primitivo, com as angústias arcaicas, os afetos impensáveis e os conteúdos internos intoleráveis que o compõem. Justamente por essas características inerentes ao funcionamento mental primitivo, o bebê fará uso de um mecanismo psíquico denominado por Klein (1946) de identificação projetiva<sup>24</sup>, que se constitui como uma defesa primitiva contra ansiedades, e inclui os mecanismos de cisão e de projeção. Nas palavras da autora: “Identificação por projeção implica uma combinação de excisão de partes do *self* e da projeção dessas em (ou melhor, para dentro de) outra pessoa” (KLEIN, 1955, p. 172).

Embora a identificação projetiva seja um mecanismo comum e esperado dentro do desenvolvimento emocional primitivo, se em excesso, traz um importante empobrecimento egoico, já que pode deixar no sujeito a sensação de ter perdido partes do *self* projetadas no mundo externo (KLEIN, 1946). A identificação projetiva é, então, considerada como forma

---

<sup>24</sup> Não apenas o bebê, mas também adultos com um funcionamento mental primitivo (por exemplo, pacientes *bordelínes*) ou ainda em situações de vida desorganizadoras e potencialmente traumáticas.

primitiva de comunicação e como mecanismo de defesa, uma vez que os componentes internos sentidos como perigosos e ameaçadores são cindidos do *self* e alocados/projetados em outro sujeito, evidenciando, dessa forma, as dimensões intrapsíquica e interpessoal do fenômeno (GIBEAULT, 2010).

Bion (1962), na esteira de Klein, introduz o conceito de *rêverie* para designar a capacidade da mãe, então alvo da identificação projetiva, de acolher, metabolizar e transformar as experiências emocionais e angústias persecutórias e depressivas do bebê e devolvê-las em forma tolerável. “[...] *rêverie* é aquele estado psíquico aberto à recepção de quaisquer ‘objetos’ do objeto amado e é portanto capaz de receber as identificações projetivas da criança sentidas por ela como sendo boas ou más” (BION, 1962, p. 59, tradução nossa<sup>25</sup>).

Para que tais experiências possam ser reintrojadas pelo bebê, supõe-se que tenham sofrido transformações pelo psiquismo materno, o que, em última instância, entende-se como dotá-las de sentidos e significados. Eis os primórdios dos processos de simbolização: as vivências retornam de forma passível de ser pensadas.

Como outro efeito fundamental de *rêverie* materna, tem-se a introjeção pelo bebê dessa própria função, isto é, a possibilidade de ter em seu próprio interior um aparelho para pensar e para sentir. Claro está que, quando a mãe se vê impossibilitada de exercer tal função, o bebê viverá um estado de terror diante do sem sentido e do desconhecido (BION, 1962).

Interessante destacar que Bion (1962) faz uso da metáfora da digestão do leite no aparelho digestivo para formular a ideia dos primórdios de um aparelho para pensar, evidenciando a necessária “digestão” – psíquica – dos intensos conteúdos internos via pensamento. Essa ideia constitui um ponto fundamental para as reflexões deste estudo acerca da clínica em UTI neonatal.

Todos esses conceitos ora descritos, ilusão/desilusão, identificação projetiva e *rêverie*, direcionam a compreensão no sentido da simbolização – noção essa cara à clínica em UTI neonatal – de experiências emocionais intensas para todos nesse cenário. Tais considerações são especialmente úteis para que se pense não apenas nas vicissitudes do desenvolvimento emocional do bebê, embora para isso sejam também fundamentais, mas também e principalmente, como se deseja evidenciar neste estudo, para todas as relações

---

<sup>25</sup> “[...] *el reverie es aquel estado anímico que está abierto a la recepción de cualquier “objeto” del objeto amado y es por lo tanto capaz de recibir las identificaciones proyectivas del lactante, ya sean sentidas por el lactante como buenas o malas*” (BION, 1962, p. 59).

estabelecidas entre os personagens de uma UTI neonatal: mãe-bebê, equipe-pais, equipe-bebê e, mais especificamente, psicólogo-mãe-bebê, psicólogo-equipe e equipe-equipe<sup>26</sup>.

Feita essa digressão, pode-se voltar a Freud (1926) e sua noção de desamparo.

É importante refletir que o desamparo biológico é significado e convertido em desamparo psíquico. No segundo caso, que se origina do primeiro, a sensação de desamparo está calcada na ideia de perda do objeto amado, pois, inicialmente, foi devido a um cuidador (mãe, primeiro objeto) que a situação de desconforto ou perigo cessou. É justamente a “ação específica” promovida pelo outro que faz do ser humano um ser dependente do amor do outro. Assim diz Freud (1926): “O fator biológico, então, estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que acompanhará a criança pelo resto de sua vida” (p. 151).

Dessa forma, se inicialmente Freud (1895), no “Projeto para uma psicologia científica”, concebia o desamparo como essencialmente físico (motor), em um momento posterior estende tal ideia para a de desamparo do eu/psíquico. Considera-se, assim, a noção de desamparo como marca da condição humana (FREUD, 1895).

Portanto, é a perda do outro amado que caracteriza a condição de desamparo diante do aumento pulsional. Para além da situação de desamparo do bebê (prematuridade biológica), acresce-se a ideia de desamparo do eu ante situações de perigo: faz-se necessário um objeto que proteja o eu do inundamento psíquico.

Vê-se como a angústia do bebê se refere ao desamparo, já que é um ser que depende de algum cuidador para sobreviver física e mentalmente. Assim, a angústia dele revela as características da relação com o cuidador significativo, as quais se farão ver no próprio corpo do bebê (sintomas corporais).

Tendo o desamparo como marca da condição humana e do funcionamento geral do psiquismo, Menezes (2008) afirma que:

[...] a *Hilflosigkeit*<sup>27</sup> de Freud refere-se à *condição de ‘ausência de ajuda’* como possibilidade efetiva da vida psíquica [...] a *condição de desamparo pode se concretizar numa situação traumática* [...] o evento traumático, para Freud, é uma *situação de desamparo: ‘o desamparo constitui o núcleo da situação de perigo’*, e, como sabemos, o perigo é do inundamento psíquico. Quando o aparelho não dá conta do afluxo pulsional, portanto de sua impotência na total subjetivação da pulsão, é que se estabelece a *situação de desamparo, a situação traumática*. (p. 79, grifos da autora).

<sup>26</sup> Tais fenômenos ficarão mais evidentes com o relato da clínica (grupo de pais, visita de irmãos e atendimentos pais-bebê), apresentado mais adiante.

<sup>27</sup> Desamparo.

Faz-se válida a denominação de Menezes (2008) de “dimensão de desamparo” que perpassa a obra de Freud. A autora distingue “condição de desamparo”, base sobre a qual se funda e se estrutura o psiquismo, de “situação de desamparo”, entendida como a efetivação dessa condição na situação traumática (um excesso que não pode ser simbolizado). A condição de desamparo remete-nos à “condição de incompletude, de finitude, de limite, da solidão, do imprevisível, do inominável do resto pulsional” (MENEZES, 2008, p. 92). Interessante pensar que em UTI neonatal – assim como em outras situações potencialmente traumáticas – coexistem condição e situação de desamparo, sobrepostas.

Pôde-se ver como a situação de desamparo e de angústia do bebê em UTI neonatal nos remete à própria experiência dele de nascimento. Do mesmo modo, as provisões e os cuidados ambientais que receberá estão, de certa forma, modificados – não impedidos – pela hospitalização<sup>28</sup>, o que trará consequências importantes a ser consideradas.

Quanto à angústia dos pais, apresenta-se sempre ligada à chegada do bebê (BERNARDINO, 2008). Especificamente em relação às mães, a autora estabelece duas fontes de angústia com a chegada de um filho, independentemente de requerer ou não cuidados hospitalares. A primeira delas refere-se justamente ao acolhimento do novo integrante no seio familiar, o que reativa as experiências da mulher vividas com a própria mãe e aquelas de quando era também um bebê. Para Bernardino (2008), “estamos diante da mesma angústia, própria ao desamparo, de aniquilamento, que retorna como repetição, em busca de ser nomeada e simbolizada” (p. 26).

A segunda fonte de angústia da mãe está vinculada aos remanejamentos psíquicos necessários à sobreposição do lugar de filha, de mulher e de mãe que ocupará. Trata-se de uma angústia relacionada à construção da maternidade (BERNARDINO, 2008).

É oportuno acrescentar outra fonte de angústia aos pais, no caso de internação do recém-nascido em UTI neonatal, oriunda da própria situação de hospitalização precoce. Esta vem abalar radicalmente o encontro da mãe com o bebê e a relação entre eles, bem como desestabilizar os planos e as expectativas para esse momento de vida.

Assim, em um ambiente de cuidados intensivos neonatais, os pais, desamparados por sua condição humana, confrontam-se com o desamparo essencial do bebê e são remetidos à própria experiência que tiveram como bebês desamparados que foram, acrescida de uma situação de desamparo (situação traumática) de presenciar o filho recém-nascido próximo da

---

<sup>28</sup> Os cuidados ofertados aos recém-nascidos em UTI neonatal, em geral, obedecem ao ritmo de funcionamento da unidade. Em relação às mães, será possível notar, com os casos, quanto o cuidado materno pode estar parcialmente impedido nesse ambiente.

morte<sup>29</sup>. Por fim, a equipe, que visa, em última instância, diagnosticar, tratar e curar, pode perceber-se como impotente e incapaz diante de suas funções (KRODI, 2009), e o contato constante com bebês e pais em sofrimento, dor e doenças mobiliza angústias primitivas e muito intensas.

Nota-se que as considerações teóricas anteriormente traçadas aplicam-se bem ao ambiente de UTI neonatal, para todos os agentes desse cenário. O bebê está imerso em um afluxo de excitações externas e internas, oriundas do nascimento, e devido a sua incapacidade simbólica não é capaz de estabelecer representações. Os pais, e em especial as mães, são também acometidos por um excesso de excitações – é uma situação traumática – por ter o filho hospitalizado, além de o nascimento de um filho provocar diversos remanejamentos psíquicos e remetê-los ao bebê desamparado que foram. Como poderão auxiliar o bebê? Como poderão oferecer a ele condições de simbolização? Como poderão sustentar (*holding*), acolher e transformar (*rêverie*) as intensas experiências emocionais do bebê se eles próprios estão às voltas com trauma, angústia e desamparo, tentando minimamente se sustentar, não desmoronar?

A equipe pode auxiliar os pais, desde que consiga manejar os próprios conflitos e defesas suscitados pelo árduo trabalho com bebês doentes. Sustento nesta dissertação a oferta de um cuidado em rede e em cadeia, que promova condições de simbolização e sustentação aos pais e, conseqüentemente, aos bebês.

Interessante enfatizar que a ausência de representação, a qual configura o caráter traumático de uma experiência, já que alheia a qualquer inscrição simbólica, é uma das qualidades essenciais do traumático que estão intimamente vinculadas com o luto. Tomando essa constatação como premissa, pode-se passar a considerar os processos de lutos presentes em uma UTI neonatal.

No texto “Luto e melancolia” (1917[1915]), Freud define luto como reação à perda de algo ou de alguém querido, que necessita de tempo e de certas condições para que seja elaborado psiquicamente. Assim, a experiência de perda supõe a existência de um vínculo prévio que se rompeu, englobando “[...] um sentimento, uma pessoa e um tempo” (KOVÁCS, 1992, p. 150).

Freud (1917[1915]) faz um estudo minucioso que diferencia luto de melancolia, sendo esta a forma patológica daquele. São características comuns de ambos o desânimo, a perda de interesse pelo mundo externo e da capacidade de amar, além da inibição de

---

<sup>29</sup> Insisto em aproximar recém-nascido (para a vida) e morte, pois, mesmo que o bebê não esteja em condições graves, é essa a fantasia comum que se verifica nos pais e entre eles.

atividades. E, como característica exclusiva da melancolia, tem-se a perturbação da autoestima (FREUD, 1917[1915]).

Freud ainda anuncia, nesse texto, a ideia de que para que o luto seja atravessado é necessário um trabalho de elaboração psíquica. Cunhado como “trabalho de luto”, este requer um desinvestimento do objeto perdido e um reinvestimento em novos, com base na confrontação do sujeito com o “teste de realidade”. Nas palavras de Freud (1917[1915]): “O teste da realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto” (p. 250). Concomitantemente, um luto bem elaborado pressupõe a internalização de traços do objeto perdido via lembranças e memórias, revelando, dessa forma, um processo doloroso e complexo.

Cintra (2011) apreende do escrito de Freud (1917[1915]) que o trabalho de luto exige um movimento de atravessamento e de passagem, uma vez que “a ideia de trabalho remete a processo, movimento, entrada na dinâmica temporal, transformação do vivido” (CINTRA, 2011, p. 26). Há simbolização da ausência, capacidade de amar, sonhar e brincar. Em contrapartida, do lado da melancolia, tem-se uma “estagnação psíquica”, clivagem do eu, repetição e recusa (CINTRA, 2011).

Outros fatores de suma importância para que o trabalho de luto ocorra são o reconhecimento social da perda e a elaboração da ambivalência em relação ao objeto perdido. Esses fatores são considerados complicadores para a elaboração do luto de um óbito neonatal.

De fato, toda gestante e toda mãe com um filho recém-nascido possuem, em maior ou menor grau, de modo mais consciente ou mais inconsciente, certa ambivalência em relação ao bebê (desejar e não desejar, amar e não amar). Quando, porventura, esse bebê falece, a ambivalência assume seu maior grau e recai como maciço sentimento de culpa, especialmente sobre a mulher.

O reconhecimento social da perda e do conseqüente sofrimento oriundo dela é, na maioria das vezes, ausente. Não é raro ouvir comentários como “Você pode ter outro filho”, “Ele viveu apenas algumas horas, não tinha vínculo” ou “Agora é esquecer tudo isso e seguir em frente, você pode ter outro bebê”. Adiante se verá como a proposta de atendimento em situação de óbito neonatal visa garantir esse reconhecimento.

Mas não é apenas quando o bebê falece que se fica diante de um processo de luto nos pais. Há lutos sobrepostos, que poderiam ser denominados de “perdas simbólicas”: pela sobreposição do *status* de filhos e de pais, pelo bebê idealizado que não nasceu, pelo momento de vida que não seguiu como planejado, pelos cuidados parentais diferentes no contexto da UTI neonatal. É comum que tais situações despertem sentimentos como angústia,

solidão, medo, tristeza, desestruturação e reorganização egoicas, aproximando-as de vivências de “morte como perda” (KOVÁCS, 1992).

Iaconelli (2007) aponta outro fator fundamental, para além dos já citados, que impõe obstáculos ao processo de luto dos pais diante da perda de um filho ainda bebê. De acordo com a autora, há dificuldade do entorno em compreender que o *status* de filho, e sua vinculação com ele, pode estar dado desde muito antes da concepção do bebê, além de basear-se na subjetividade de cada mulher. Desse modo, perder um filho bebê pode ser tão doloroso quanto perder um filho mais velho.

É válida a afirmação de Iaconelli (2007) de que há certa “confusão de línguas” – no sentido ferenciano do termo – entre mães que perderam um bebê e pessoas que não passaram por essa situação ou que não reconhecem a dor dessa perda, o que pode levar à vivência de uma situação traumática.

Vários lutos perpassam também os profissionais que assistem aos bebês e suas famílias, já que há constantes óbitos e recém-nascidos que desafiam a assistência e as técnicas da Medicina, remetendo os membros da equipe de saúde a um contato recorrente com perdas, limites e frustrações.

Os diversos lutos presentes nesse cenário frequentemente não são reconhecidos ou são até mesmo irreconhecíveis em um primeiro momento. Tal fato gera efeitos nefastos ao serem desautorizados e desmentidos. Pois bem, a desautorização da perda impede e/ou dificulta a possibilidade de representação e inscrição psíquica desse evento, ocasionando um “furo” no simbólico que, conforme visto, remete o sujeito a uma vivência traumática e ao estado de desamparo. A importância do reconhecimento e da sustentação da perda reside na possibilidade de, ao fazê-lo, oferecer condições de simbolização dessa vivência, ou seja, oferecer ao sujeito condições para que ingresse em um processo de luto.

Kovács (1992) postula que a expressão dos sentimentos em uma situação de perda, por meio de um ambiente continente e acolhedor, é fator fundamental para auxiliar no trabalho de luto, configurando-se como elemento preventivo para a não instalação de um luto complicado.

Assim, pelo que foi exposto, considero que a noção de *construção* (FREUD, 1937) é de grande valia para o trabalho na clínica do irrepresentável, dos traumatismos “sem nome”, das vivências de susto, de surpresa e de terror, dos lutos difíceis de ser instalados, além de se configurar como modo fundamental de operar na clínica mãe-bebê (ZORNIG, 2008).

Quando não é possível para o paciente recordar conteúdos afastados da consciência, o analista deve “[...] completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de

si ou, mais corretamente, *construí-lo*” (FREUD, 1937, p. 276, grifo do autor). Vale enfatizar que a inovação de Freud abre o campo de trabalho para com aquilo que está fora da ordem representacional. É sobre os buracos, as fraturas – que também compõem o inconsciente – que a intervenção incide seu alcance.

Em vista disso, compreende-se que a técnica lançada por Freud tem grande importância em uma clínica como a UTI neonatal, traumática por excelência, ao possibilitar abranger as possíveis fraturas psíquicas ocasionadas por esse evento, instaurando construções, palavras e simbolizações nesse campo do irrepresentável em potencial ou já instalado no psiquismo materno, por exemplo, que segue via repetições. O remanejamento e novas ligações psíquicas podem e se fazem necessários nesse entendimento, ao permitir outro desfecho para as questões psíquicas que seguem em repetição, desfecho esse que, possivelmente – a aposta é essa –, trará repercussões na relação estabelecida com o bebê.

Ademais, na dita clínica dos primórdios, isto é, da relação precoce estabelecida entre a mãe e o bebê, o foco das intervenções recai mais sobre o continente e as relações estabelecidas do que sobre o conteúdo e o discurso verbal, tendo a noção freudiana de construção seu ponto alto (ZORNIG, 2008).

Assim, considero, com base nesta revisão teórica, que, quer por erigir defesas maciças, quer pelo caráter inédito do acontecimento que não encontra elementos prévios de simbolização, é da ausência de representações psíquicas que se trata o traumático. Entende-se que a possibilidade da vivência de perda de si, do estado de desamparo, põe em risco, na realidade, a própria existência da vida psíquica, ou seja, a possibilidade de continuar a pensar, significar, representar. Com isso, somos remetidos a condições que permitam um resgate ou uma sustentação dos processos de simbolização.

Todos os teóricos percorridos para tentar delimitar o campo conceitual do trauma e do desamparo destacam, embora de formas distintas, a importância da presença de um outro que promova condições de auxiliar o sujeito imerso em uma situação traumática. Isso ocorre, como Freud demonstrou em 1895, na situação de nascimento do bebê e acompanha o sujeito ao longo de sua vida: diante de situações desastrosas, do ponto de vista interno e/ou externo, potencialmente traumáticas, que direcionam o sujeito a um estado de desamparo, a presença e a ajuda de um outro são fundamentais para a sobrevivência psíquica.

Atualmente sabe-se que não é apenas o evento/acontecimento em si – realidade – que comporta a dimensão traumática. O ambiente ao redor adquire suma importância como possível metabolizador da vivência traumática e, assim, como propiciador de lutos possíveis. Bion (1962), com o conceito de *rêverie*, nos é útil para pensar esta questão: quanto o ambiente

pode acolher e digerir tamanha carga afetiva e, ao metabolizá-la, devolvê-la de forma mais assimilável ao sujeito? Esse ponto mostra-se de extrema pertinência para se pensar a clínica em UTI neonatal. Considero que parte da função do psicólogo é justamente poder pensar certos fatos para o bebê, para os pais, para a equipe, e devolvê-los de forma que possam, então, ser simbolizados. Assim, penso ser possível, em um segundo momento, que a mãe ofereça isso ao próprio filho, estabelecendo aí as bases para a constituição psíquica dele.

## **II. Intervenções do psicólogo em UTI neonatal e formas de cuidado – Aprendendo com a literatura específica**

*Era como se eu tivesse construído um castelo e de repente o chão se abriu, desmanchou tudo e eu só podia cair...*

Mãe de bebê internado na UTI neonatal da ISCMSP

Trata-se de um capítulo teórico em que se almeja apresentar e problematizar as modalidades de intervenção do psicólogo com bebês e em UTI neonatal, tomando como ponto de partida a revisão da literatura sobre esse tema. Posteriormente, tais propostas serão articuladas com as formas de cuidados inerentes a elas. Assim, este capítulo versa especialmente sobre a técnica.

### **1. Revisitando a literatura específica**

Aqui, será considerada a função do psicólogo<sup>30</sup> em serviço de Neonatologia para que o foco, então, passe para a sustentação desse trabalho em tais condições, ao se promoverem intervenções direcionadas aos bebês, aos pais e à equipe.

Pode-se começar pensando nos pais e nos bebês. Como ajudar esses pais desconsolados? Como propiciar e facilitar a construção de pontes que permitam a transposição desse bebê, pura carne, para aquele outro bebê, já perdido nos sonhos? Como permitir que o processo de subjetivação do recém-nascido seja menos entravado pelas condições e repercussões desse nascimento, marcado pelo diferente?

Pois bem, a literatura é categórica ao afirmar a necessidade de oferecer um espaço de fala para os pais, e os motivos para tanto serão apresentados a seguir.

Conforme afirmam Agman, Druon e Frichet (1999), o pensamento subjacente ao oferecer esse tipo de trabalho – espaço de fala aos pais – é que estes vivem uma situação traumática, ou seja, experienciam um evento que, por sua imensa carga afetiva, ultrapassa a capacidade do psiquismo de responder adequadamente. E acrescentam que o evento pode se

---

<sup>30</sup> Vale lembrar que será respeitada a nomenclatura de cada autor para se referir às intervenções do psicólogo ou psicanalista, e que minha inserção na instituição se dá como psicóloga, e minha leitura dos fenômenos está baseada na Psicanálise.

tornar mais traumático ainda se estiver ancorado na fantasia; nesse caso, seria a própria ambivalência inerente à gestação.

Dessa forma, concordo com Agman, Druon e Frichet (1999) que as entrevistas permitem que o traumático e a angústia emerjam e sejam acolhidos e organizados, evitando, assim, que isso dificulte a relação precoce a ser estabelecida com o bebê. Prosseguem as autoras: “Como? Retomando os afetos particularmente vivos que se exprimem e favorecendo as associações, tentando ajudar a fazer as ligações entre o que é vivido e os elementos de suas histórias” (p. 18).

Entende-se que “fazer as ligações entre o que é vivido e os elementos de suas histórias”, conforme postulam as autoras, segue em consonância com Szejer (2011) quando esta última afirma ocorrer a reativação da questão da filiação para pais e bebê, quando do nascimento dele. As dificuldades do bebê e com o bebê – situação atual – podem revelar fatos não elaborados da história de vida de cada um dos pais e do casal. Nesse sentido, há sinais transgeracionais em busca de decodificação, e o sintoma pode ser considerado tripártico, isto é, referente ao pai, à mãe e ao bebê (SZEJER, 2011).

Zornig e Aragão (2010) parecem convergir com a postulação de que o bebê manifestará seu sintoma com base na própria estruturação subjetiva e na organização psíquica da mãe, dado que o psiquismo do infante é construído na e pela relação com os cuidadores primordiais.

Seguindo o caráter preventivo, Druon (1999) enfatiza esse essencial trabalho com os pais. Para a autora, estes, inseridos em tal contexto, estão “no âmago do trauma” (p. 41). Conforme postula, permitir um espaço que evoque e acolha os elementos traumáticos dessa situação de crise diminui seu potencial efeito patogênico no *après-coup*<sup>31</sup>. Eis o caráter profilático das entrevistas com os pais.

De acordo com Druon (1999), oferecer um espaço de fala para esses pais é partir do pressuposto de que o não dito sobre os acontecimentos terá um efeito patogênico na relação a se estabelecer com a criança. Enquanto na fantasia materna o serviço conclui ou repara o bebê, trata-se com o psicanalista de continuar gestando. Gestar histórias, acompanhado.

Postulamos a hipótese de que evocar os elementos traumáticos na sua emergência diminuirá seus impactos no só-depois (*après-coup*). Ajudar os pais a falar desse ‘nascimento diferente dos outros’ é partir da ideia de que o não dito favorece a formação de um quisto que destila em seguida, dia após

<sup>31</sup> *Après-coup/a posteriori*/só depois: temporalidade típica do psiquismo, em que acontecimentos, afetos e experiências passadas são reorganizados e ressignificados no *a posteriori* (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

dia, o veneno que envenena a relação da criança com seus pais. (DRUON, 1999, p. 41).

Battikha (2001, 2008) corrobora as considerações acerca da imersão no traumático que os pais experienciam quando da internação precoce do bebê. Faz referência à ajuda que o analista deve oferecer para que a mãe, além de simbolizar e reescrever a história desse bebê – por meio do oferecimento de um espaço de escuta, no qual a palavra e o indizível sobre a experiência ocorram –, possa ela mesma se reposicionar narcísica e subjetivamente. Assim como o bebê precisa do outro para constituir-se subjetivamente, essa mulher necessita também de um outro que a auxilie em seu reposicionamento subjetivo.

Com base nas postulações das autoras referidas, é possível afirmar que consideram a imersão de pais e de bebês em UTI neonatal como um evento traumático. Trauma aqui compreendido como muito próximo das teorizações freudianas de 1920: um excesso de excitação e intensidade que inunda o ego, dificultando suas capacidades de ligação e de representação psíquica do evento.

Ademais, tem-se que, na condição de espaço potencialmente traumático, a UTI neonatal é também permeada por angústia, sendo essa disparada pelo ego com a finalidade de proteção, que emerge diante de situações potencialmente perigosas (FREUD, 1926).

Tais constatações nos remetem à postulação de Vanier (2011, informação verbal<sup>32</sup>) de que o acontecimento real – no caso em questão, a internação do recém-nascido em UTI neonatal – pode produzir e produz, de fato, traumatismos psíquicos. Contudo, aquilo que se passa ao redor do bebê e a digestão que o ambiente faz ou não faz do ocorrido têm similar importância. Nesse sentido, destaca-se a abertura de um espaço para discorrer sobre os acontecimentos.

Compreendo que tal abertura de um espaço-tempo para a expressão e o acolhimento do discurso parental contribui para um início do processo de transformação das angústias. A postulação de Vanier (2011, informação verbal) acerca da “digestão” das situações que perpassam uma UTI neonatal parece aproximar-se do conceito de *rêverie* (BION, 1962), no sentido da disponibilidade do ambiente/da mãe de acolher, transformar e metabolizar a intensa carga emocional em algo passível de ser tolerado, já que dotado de sentidos.

De acordo com as considerações já traçadas, o encontro com o psicólogo, que possibilita a abertura de um espaço de escuta e de fala, possui caráter preventivo. Ciente da

---

<sup>32</sup> Conferência proferida no II Séminaire International Transdisciplinaire de Clinique et Recherche sur le Bébé: competences du bébé et intervention précoce, Paris, 2011.

complexidade de se pensar em termos de prevenção dentro da Psicanálise<sup>33</sup>, compartilho, portanto, da mesma questão proposta por Wanderley (2008): “Se, do ponto de vista da psicanálise, as experiências do sujeito só são significadas no só depois, como conceber que antecipadamente se possa supor um sofrimento, que se revelaria no futuro e, em nome disto, propor uma intervenção terapêutica?” (p. 95).

Assim como Wanderley (2008), a presente dissertação parte do pressuposto de que a intervenção nesse momento precoce de vida do bebê, de estruturação do psiquismo, não é, por si só, preventiva de um adoecimento futuro, embora possa servir a fins preventivos. Os efeitos da intervenção só ocorrerão no *a posteriori* (ATEM, 2001; WANDERLEY, 2008) – ideia com a qual faço coro.

Contudo, é importante enfatizar que, diante de sinais de sofrimento, que podem constituir-se como obstáculos ao processo de subjetivação do bebê – portanto, de sua constituição como sujeito –, a intervenção precoce é de suma importância. Segundo Atem (2001), “falar em risco psíquico, no caso dos bebês, diz respeito ao risco de que o processo de subjetivação não se dê, podendo comprometer desde muito cedo a história dessa criança” (p. 146).

Dessa forma, a intervenção precoce vai acontecer no momento em que algo “põe em dificuldade sua [do bebê] própria constituição psíquica” (WANDERLEY, 2008, p. 96) e pode ser considerada preventiva no seguinte aspecto: “É uma intervenção preventiva no sentido de que busca olhar para situações em que o processo de subjetivação esteja em risco antes do momento de sua cronificação ou cristalização, como ocorre em muitos casos graves de crianças já mais velhas” (ATEM, 2001, p. 146).

Cientes de que a subjetivação só é possível porque há um outro que cuida, acolhe e supõe sujeito o bebê, faz-se fundamental atentar para o terreno do saber inconsciente dos pais, em relação à construção do vínculo com o filho. Assim, para finalizar esta breve, porém fundamental digressão, vale apontar que nosso olhar “[...] recai então sobre a constituição do laço do bebê com os pais de maneira a possibilitar que no contato entre pais e filhos esta construção não seja impedida ou bloqueada” (ATEM, 2001, p. 145). É a oferta de um olhar e uma escuta ao processo de subjetivação e seus possíveis entraves – e, conseqüentemente, de um olhar e uma escuta aos pais – que pode assumir um caráter preventivo.

---

<sup>33</sup> Justamente por estar ciente dessa complexa questão, não almejo, nesta dissertação, aprofundar tal debate. Intento, contudo, apenas sinalizar tal complexidade e apontar a direção tomada no presente trabalho ao se falar em prevenção.

Oferecer um espaço de fala aos pais supõe a oferta de uma escuta. Para Martins e Vorcaro (2010), sustentar tal escuta em meio às urgências de uma UTI neonatal permite reconhecer, acolher e reduzir a impotência do imaginário materno em relação ao próprio filho. Tal escuta culminaria, como modo de intervenção, no resgate da condição materna de cuidadora ao inserir o filho em uma rede simbólica e na cultura.

Krodi (2009), com base na observação, na escuta analítica e na noção de desamparo e angústia, como cunhados pela teoria freudiana, postula, de modo geral, que a oferta de uma escuta permite o falar sobre as diversas experiências dolorosas que perpassam o ambiente de cuidados intensivos neonatais, promovendo, assim, efeitos terapêuticos. Enfatiza a necessidade de o analista tomar o bebê e os familiares como interlocutores, a fim de que possam (res)significar a experiência vivida.

Para além de fornecer um espaço de elaboração psíquica do ocorrido, em que ligações psíquicas possam ser realizadas – deve-se lembrar que o fenômeno de ligação é para Freud estabelecer representações e manter formas estáveis no psiquismo –, Wirth (2000) considera que é função, não menos importante, do profissional “psi” servir de apoio para as dolorosas percepções dos dados de realidade e confirmá-las, quando oportuno. A importância de saber o que está acontecendo reside em um auxílio para a elaboração do luto dos pais.

Viu-se que, para Freud (1917[1915]), o teste de realidade é fator decisivo para uma melhor ou pior elaboração do luto. Partindo dessa premissa: “Eles [os pais] precisam de alguém que *esteja junto* com eles e que possa ouvi-los. A maior parte das minhas intervenções consiste em *colocar-me ao seu lado*, reforçando o que ela está vendo e descrevendo para ela o que está acontecendo” (WIRTH, 2000, p. 225, grifos meus).

Trabalhar com os pais as possíveis perdas que circundam o nascimento do bebê encaminhado para a UTI neonatal é prioridade para o psicólogo – quer as perdas sejam “reais”, como o óbito ou sequelas anunciadas para o desenvolvimento da criança, quer sejam simbólicas, isto é, vinculadas ao bebê imaginário e ao planejado para esse momento de vida (VALANSI; MORSCH, 2004).

Seguindo essa linha de intervenção, permitir e possibilitar o encontro dos pais com o bebê real é também função do psicólogo. É fundamental ajudá-los a restabelecer o vínculo que foi abalado ou rompido pela prematuridade ou pela malformação. Trata-se de uma intervenção benéfica tanto para o desenvolvimento do bebê, como para a elaboração do luto pelos pais (WIRTH, 2000).

Faz-se notório que pais e bebê – posteriormente se verá que também a equipe – estão imersos no terreno do trauma. O potencial desorganizador que os eventos assumem em UTI

neonatal pode levar a rupturas de representações e/ou a dificuldades de simbolização, tanto pela quantidade de excitação que rompe o sistema de paraexcitações (FREUD, 1920), como pela impossibilidade de reconhecer a dor psíquica que tais vivências comportam (FERENCZI, 1933). O risco inerente é de que a intensa carga emocional, a energia psíquica oriunda dela, fique livre, descolada de qualquer representação, porém produzindo efeitos drásticos no sujeito. Em Freud (1920), viu-se que a compulsão à repetição instala-se justamente nessas situações, e em Botella e Botella (2002) foram abordados os efeitos traumáticos acarretados ao ego ao comportar inscrições sem representações, o que remete o sujeito, em última instância, ao estado de desamparo (FREUD, 1895, 1926).

Vale enfatizar a importância da presença de um outro para auxiliar o sujeito a sair da situação traumática e da situação de desamparo. Um outro que proteja o sujeito do inundamento psíquico nessas situações (FREUD, 1895). Caso não haja alguém com quem compartilhar o excesso emocional, alguém que auxilie na retomada da capacidade de pensar/simbolizar os eventos, mecanismos de defesa importantes serão acionados no sujeito (FERENCZI, 1934; ROUSSILLON, 1999).

Realizar intervenções em UTI neonatal direcionadas aos bebês, aos pais e aos demais familiares é o ponto defendido por Valansi e Morsch (2004). Para as autoras, intervenções nesse sentido atingem o foco do psicólogo, a saber, a saúde mental, ao facilitar a interação familiar nesse cenário.

Em trabalho anterior (CONDES, 2011), em consonância com as postulações de Valansi e Morsch (2004), considere que as intervenções psicológicas em UTI neonatal devem promover o (re)estabelecimento de relações afetivas estáveis entre bebês-pais e familiares, haja vista que, há tempos, os cuidados ao recém-nascido envolvem, necessariamente, a família do bebê.

Catão (2002) considera que a intervenção do analista não se sustenta quando a mãe encontra-se no estado de preocupação materna primária, descrito por Winnicott (1956), e está apta a investir libidinalmente em seu bebê. De acordo com a autora, a intervenção precoce do psicanalista está justificada nos casos em que o bebê é posto de modo fixo aos efeitos simbólicos dos pais. E quando isso ocorre é essencial oferecer a eles uma escuta, a fim de que possam formular uma versão própria sobre o ocorrido e, em última instância, construir meios que possibilitem um encontro com o bebê.

Tal parece ser a linha de trabalho defendida por Vanier (2011, informação verbal). De acordo com a autora, quando a mãe está impedida de se encontrar com o bebê, devido à violência do ocorrido, é preciso que ela fale, discorra muito sobre o acontecimento, para que

possa reatar relações com seu bebê. O efeito traumático de ter um filho recém-nascido em risco de morte pode estancar a circulação de afetos dos pais para ele.

Isso porque a situação de internação do recém-nascido configura-se para os pais como uma vivência de susto, terror e pavor, rompendo o sistema de paraexcitação. Sem o acionamento da angústia sinal, a angústia automática dispara e sinaliza o trauma, a situação de desamparo. Muitas vezes, a única saída possível – e paradoxal – para se manter vivo psiquicamente é a clivagem, separando o conhecimento acerca da realidade e o afeto (FERENCZI, 1934; ROUSSILLON, 1999).

Assim, o trabalho com os pais exige tempo: um tempo de elaboração que ponha outra vez em movimento esse bebê nos pais. Novamente, o necessário trabalho de ligações psíquicas e representacionais, diante do efeito de ruptura causado pela situação traumática.

Ainda para Catão (2002), o psicanalista tem como funções no ambiente de cuidados intensivos neonatais: com a mãe, retomar a função antecipadora e materna; com a equipe, criar um espaço onde a escuta e a fala sejam possíveis; com o bebê, manter, a despeito de suas condições clínicas orgânicas, seu lugar de interlocutor, ou seja, aceitar a troca com ele: “A escuta do bebê passa pela leitura do que ele presentifica em seu corpo e pela colocação em palavras, em seu lugar” (p. 189).

Faz-se fundamental, na clínica com bebês, dirigir-lhes palavras, recuperando, dessa forma, seu estatuto de sujeito psíquico:

É preciso dirigir uma palavra ao neonato em sofrimento, seja ele pré-termo ou não, se o que pretendemos resgatar é não ‘apenas’ o seu funcionamento orgânico mas também o seu funcionamento psíquico, o seu futuro enquanto sujeito. Essas palavras não visam explicar-lhe a realidade das coisas, as coisas como elas são. (CATÃO, 2002, p.189-190).

Tais palavras visam, segundo a autora, ao inconsciente em formação.

O resgate do bebê em sua condição de sujeito psíquico, bem como a necessidade de intervenções direcionadas a ele, é também defendido por Wanderley (1997): “Ouvir o discurso parental é um objetivo, mas não o único; fazer com que o bebê se faça ouvir, ainda que não haja palavras aí, faz parte da proposta terapêutica” (p. 149). Ao almejar esse fim cabe ao analista, por vezes, assumir o lugar de porta-voz das mensagens enviadas pelo bebê, “[...] ora me dirigindo à própria criança, ora apontando a capacidade maternante da mãe” (p. 149), e também explicitar a possível fala (sensação, desejo) do bebê (por exemplo, “Ai, mãe, me pega no colo!”). Essa é uma forma de tentar atrair a atenção da mãe para as demandas do filho

e, ao mesmo tempo, um recurso que realça e define os limites do atendimento, que é da dupla mãe-bebê<sup>34</sup>.

Mathelin (1999) defende a concepção de que o trabalho do analista se dá ao redor da reanimação do bebê. Certamente não se trata da reanimação física, a qual está a cargo dos médicos. Porém, é de fato um trabalho de reanimação, em outro registro. É um trabalho de reanimação psíquica, nos diz a autora. Mais precisamente: “Reanimar a criança e o discurso que a anima” (MATHELIN, 1999, p. 22). Ou seja, é preciso oferecer condições e sustentação para que os pais sigam “gestando” e construindo o filho e o futuro dele.

Mas como se pode entender “reanimação psíquica”? O que aconteceu, ou melhor, o que não aconteceu, para que seja preciso lançar-se na salvação psíquica dessas crianças, antes que efeitos nocivos se estabeleçam?

Prosseguindo com Mathelin (1999), diante de um nascimento repentino e/ou de um (des)encontro com o bebê, tão distante daquele esperado, a angústia e o traumático do encontro com o real dominam o cenário. Dominam a tal ponto que transcendem a capacidade dos sujeitos de acolher tais fatos internamente. Assim como o bebê necessita de um outro que pense os afetos, as angústias e as sensações para ele, devolvendo-os de modo metabolizado (BION, 1962), os pais precisam que alguém faça isso por eles em um primeiro momento.

Ante doenças e malformações, que remetem ao puro real, ao corpo orgânico, a capacidade de pensar esse bebê é esvanecida. Esvanecida de tal forma que nada ou muito pouco se projeta para ele, o que provoca efeitos nefastos na constituição subjetiva do bebê (MATHELIN, 1999).

Compreende-se que a capacidade de pensar é esvanecida, pois sabe-se que a situação traumática, na qual os pais estão imersos, causa consequências drásticas ao funcionamento psíquico, interferindo de modo significativo na possibilidade de representar e pensar (FERENCZI, 1934; FREUD, 1920; BOTELLA; BOTELLA, 2002). Portanto, faz-se urgente o resgate da capacidade de devaneio desses pais, a fim de que o bebê possa vir a inscrever-se em uma palavra, em sua história. A gestação psíquica do bebê, esta sim, o psicanalista pode evitar que seja interrompida. Assim, “o tempo de trabalho sobre o fantasma é o da consulta com o psicanalista” (MATHELIN, 1999, p. 24).

Mas, afinal, como? Para que a simbolização ocorra, para que se mantenha um projeto vivo e desejante para o bebê, é preciso que as mães realizem a elaboração psíquica dos

---

<sup>34</sup> Por ocasião do exame de qualificação da presente pesquisa, o psicanalista Octavio Souza propôs uma pertinente reflexão, que já indico como um possível desdobramento do atual estudo: em que momento da constituição subjetiva um bebê prematuro pode estar? Qual é o sentido de lhe dirigir palavras? Que características da relação mãe-bebê prematuro seriam ideais para a subjetivação deste último?

diversos lutos em questão. Dessa forma, Mathelin (1999) considera que “o trabalho com as mães é sempre um *trabalho de luto, de perda e de separação*. É quando elas podem simbolizar a falta que para elas se torna mais fácil descolar o filho do horror do real e projetar sobre ele um futuro possível” (p. 25, grifo meu).

Entende-se que simbolizar a falta, nos casos aqui analisados, leva os pais a desinvestir na imagem de um bebê perfeito e reinvestir a energia psíquica no bebê real. Eis o trabalho de luto operando, tal qual Freud (1917[1915]) o cunhou.

Em outros termos Jerusalinsky (2002) parece propor o mesmo vértice de intervenção analítica proposto por Mathelin (1999), embora faça certas ressalvas em relação à noção de “reanimação psíquica”. Em seu artigo intitulado “Crônica de um bebê com morte anunciada – Intervindo com a instauração do sujeito na iminência da morte”, Jerusalinsky (2002) destaca que para muitos bebês, que necessitam de internação em UTI neonatal, o nascimento e a morte, dois fenômenos supostamente separados pelo tempo, ficam sobrepostos. Para ela, a não ocorrência desse intervalo, no qual o desenvolvimento do ser humano se dá, pode prejudicar o vínculo mãe-bebê e, conseqüentemente, a constituição psíquica e estruturação subjetiva do último.

O intervalo temporal entre nascimento e morte permite ao bebê que ele seja desejado por um outro, suposto como sujeito, que possa ser falado e inscrito em uma história. De fato, é justamente se esses fenômenos puderem operar que o bebê será um sujeito constituído. Para tanto, é necessário um outro que faça suposições para o pequeno ser, que antecipe funções ainda não “funcionantes”; se essa ilusão antecipatória faltar, o processo de subjetivação do bebê ficará comprometido (JERUSALINSKY, 2002).

A autora questiona, então, qual seria a função do analista dentro desse espaço: seria a de sustentação da vida psíquica do bebê, enquanto o orgânico ficaria sob responsabilidade dos médicos?

Além disso, faz um alerta: um equívoco inicial dessa possível função do analista em UTI neonatal seria a separação de soma e psique. Na realidade, a articulação entre ambos é inevitável, pois é o outro que, simbolicamente, marca e modula o funcionamento do corpo do bebê. Diante disso, formula que tal trabalho também está voltado para a “[...] carne, com que nessa carne se produzam marcas simbólicas que possibilitem que um bebê possa vir a inscrever-se como sujeito do desejo e possa vir a se apropriar imaginariamente de um corpo” (JERUSALINSKY, 2002, p. 173).

Concordo com a autora de que o trabalho do analista incide sobre o corpo do bebê, indiretamente. Contudo, penso que, quando Mathelin (1999) sugere que esse trabalho se volte

para a “sobrevivência psíquica” ou para a “reanimação psíquica”, como denomina, está nos alertando de que, inseridos em uma unidade de tratamento intensivo – para a recuperação e sobrevivência física –, muitas vezes a parte mental é esquecida. Principalmente, e em parte também, pelo fato de os pacientes serem bebês. Aqui, adentra-se a complicada questão de qual concepção de bebês – e, portanto, de homem – possuem os profissionais da saúde. Considero, ao contrário, que a ideia de atentar para a reanimação psíquica é, na realidade, um meio de dar espaço para esse outro lado do homem dentro de uma instituição médica que, por excelência, objetiva tratar fundamentalmente de doenças orgânicas.

Segundo Jerusalinsky (2002), outro equívoco dessa intervenção seria infligir aos pais a obrigatoriedade de amar seu filho, independentemente das condições em que esteja. Para ela, essa intervenção é superegoica e violenta psiquicamente, pois os obriga a apostar e investir em seus bebês a despeito de suas reais possibilidades de viver.

Assim, ante o exposto, a autora considera que a ação do analista na UTI neonatal é escutar aquilo que deve permanecer silenciado – recalcado – diante do imperativo de salvar a vida a todo o custo. Ouvir a morte. Ouvir o desejo de morte presente em todos os vínculos lá estabelecidos.

Como exemplo, retomo a fala de uma mãe, que escuto com frequência, como anteriormente observado por Jerusalinsky (2002): “Se soubesse que era para ele sofrer tanto... por que ele tem que sofrer tanto? Não é para poupar o meu sofrimento, mas o dele”. Essas reticências nos levam a pensar na possibilidade de que seria menos doloroso ele morrer. Nas palavras de Jerusalinsky (2002): “Essa fala dá o testemunho do amor que os pais podem ter por um filho e, ao mesmo tempo, o que tal amor comporta de terrivelmente mortificante” (p. 174).

Considerando tais postulações, a autora propõe que o trabalho do analista centre-se naquilo que denomina de “segunda morte”. Muitas vezes deparamos com casos nos quais o efeito mortificante em que o sujeito é posto, dentro da rede simbólica familiar, é mais grave do que o quadro orgânico. Por vezes, essas “mortes” se sobrepõem, para azar do bebê.

Assim, o trágico destino anunciado para o bebê – desde o diagnóstico e desde a articulação que esse produz com a história que o antecede – parece inscrever a morte anunciada como inexorável [...] o que se inscreve no bebê, em lugar de operar os efeitos constitutivos do sujeito, imprime uma e outra vez a marca mortificante de sua destituição. (JERUSALINSKY, 2002, p. 175).

Ou seja, à cruel realidade física – de morte – vem somar-se uma realidade simbólica mortificante – que pode cristalizar o sujeito no lugar da não vida. Jerusalinsky (2002) fornece alguns exemplos desse fenômeno, como dar ao bebê o nome de alguém que morreu ou ainda engravidar após um aborto – exemplos esses costumeiros e cotidianos em minha prática em UTI neonatal.

Essa seria a “segunda morte”, destino reservado para o bebê. “Trata-se aí da segunda morte, dessa condição de ficar simbolicamente inscrito do lado dos mortos, ainda que biologicamente esteja vivo” (JERUSALINSKY, 2002, p. 176).

A autora postula que, de todo modo, independentemente de qual morte está em jogo, é na “segunda morte” que recai a intervenção do analista:

É em relação ao risco de um sujeito ficar lançado à segunda morte que intervimos. Intervimos no sentido de que possa se operar uma inscrição simbólica em relação a esse bebê, tanto pela marca simbólica que ele faz no parental quanto pela marca simbólica que o parental faz nele, organizando ou desorganizando suas funções. (JERUSALINSKY, 2002, p. 177).

Então, a intervenção do analista recai na tentativa de retirar o bebê da segunda morte – mas como reanimá-lo da morte psíquica? Via discurso parental? Provocando deslocamentos em seu lugar, possivelmente cristalizado? –, morte essa que pode apagar sua existência simbólica para os pais. De qualquer forma, o bebê falecendo organicamente ou não, a intervenção na segunda morte tem sua eficácia, pois:

[...] realizar marca simbólica permite dar lugar à elaboração do luto, na segunda abre-se a possibilidade de que, para além do orgânico, a vida de um bebê possa ser simbolicamente sustentada no circuito de desejo e demanda, supondo-o como sujeito, mesmo diante da morte que se anuncia. (JERUSALINSKY, 2002, p. 177).

Em outro artigo, Jerusalinsky (2001) deixa claro serem duas as frentes de intervenção do analista no tocante ao congelamento do lugar simbólico do filho no imaginário parental. A primeira delas é a “escuta do discurso parental”, a fim de poder intervir, quando necessário, nas formulações parentais sobre as expectativas e os investimentos nesse bebê.

Acrescenta como segunda frente de intervenção nessa clínica a “[...] intervenção *que, em presença dos pais, se dirige* ao bebê supondo-o como capaz de certa realização. É então

que, pela transferência<sup>35</sup> que os pais nos endereçam, *intervimos em ato ao deslocar a posição que o bebê tem na cena*” (p. 40, grifos da autora). Assim, atribuímos significações ao balbucio e choro do bebê, atentamos para o sorriso e o endereçamos para alguém, por exemplo.

Em última instância a intervenção do analista deve operar a fim de resgatar a condição de sujeito do bebê, para que o inédito garanta seu espaço em meio à fixidez de certas representações. Como diz a autora:

Operamos sim com os efeitos de antecipação de um sujeito, pois supor um sujeito no bebê é condição para que ele possa advir como tal, para que possa vir a imaginariamente ‘ter’ um corpo e utilizar as diferentes aquisições instrumentais em nome de um desejo. É isto que irremediavelmente se perde quando, a cada movimento clínico, o que se antecipa do bebê é um fracasso. (JERUSALINSKY, 2001, p. 42).

Particularmente, considero que Jerusalinsky (2002), apesar das ressalvas que elabora, propõe a mesma linha de intervenção sugerida por Mathelin (1999), qual seja, reintroduzir ou possibilitar condições de inserção do bebê no simbólico parental. Isso é afastar o bebê da morte psíquica, ou seja, de seu apagamento simbólico no psiquismo dos pais. E mais: penso que, como visto em Mathelin (1999), nossa intervenção poderá ocorrer também ao redor da primeira morte. Trata-se de acompanhar o bebê no doloroso processo de deixar a vida; e acompanhar é estar junto, alheio à solidão atroz.

Rodeados pela primeira e segunda morte estão também os membros da equipe de saúde. Esta se encontra sob intensa carga emocional, oriunda da assistência a bebês doentes e do contato com pais emocionalmente abalados. Acresce-se a imersão no paradoxo da coexistência de vida e morte nesse cenário. Diante disso, não é raro presenciar mecanismos de defesa primitivos operando, como clivagem, projeção, deslocamento, que visam auxiliar o sujeito a manter a prática assistencial em tal ambiente (CRESTI; LAPI, 1997; DRUON, 1999; WIRTH, 2000, 2007).

Entre as possíveis intervenções com pais e bebê em UTI neonatal, faz-se notar que parte delas é realizada pela equipe e não apenas pelo psicólogo. Tal fato nos direciona a refletir e a criar modalidades de intervenção psicológica, mesmo que de modo informal, com os demais profissionais de saúde.

A equipe funciona, em muitas ocasiões, como fonte de sustentação/*holding* para o casal parental. Essa é certamente função do psicólogo, mas é também função da equipe de

---

<sup>35</sup> Pelo termo “transferência” compreende-se o processo de reatualização de padrões e de desejos infantis em determinada relação (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

saúde (MATHELIN, 1999). Além disso, serve como suporte para as intensas projeções dos pais (CRESTI; LAPI, 1997; CUNHA, 2004; DRUON, 1999) e, adicionalmente, para as identificações projetivas parentais (KLEIN, 1946); se bem instrumentalizada do ponto de vista técnico e emocional, a equipe é capaz de devolver essa carga emocional de forma transformada, tolerável (BION, 1962).

O psicólogo, como membro da equipe, também é alvo de tal funcionamento psíquico. Contudo, pela própria formação técnica e pessoal que a prática psicológica exige, está mais bem instrumentalizado para identificar e compreender os mecanismos inconscientes e emocionais em questão. Assim, concordo com as considerações de Wirth (2007) de que é parte da função do psicólogo nesse contexto possibilitar à equipe a compreensão dos fenômenos vigentes, ao resgatar a subjetividade de todos os envolvidos (CONDES, 2011) e fornecer sustentação e acolhimento ao sofrimento oriundo dessa prática.

Em relação à presença de um psicanalista dentro de uma equipe multiprofissional, que compreendo também como a presença de um psicólogo, de base psicanalítica ou não, Figueiredo (2009a) postula que aquilo que esse profissional pode oferecer aos seus colegas de trabalho consiste em evidenciar os mecanismos psíquicos em jogo, com base em uma compreensão que considere os processos psíquicos presentes nos fenômenos, a fim de auxiliá-los e, com eles, promover um cuidado mais abrangente. Nas palavras do autor:

[...] boa parte do que um analista pode hoje oferecer traduz-se na sua capacidade de lançar mão da psicanálise para a interpretação de fenômenos e processos psíquicos intra e intersubjetivos de interesse de todos e, em especial, de interesse para outros agentes de cuidados no campo da saúde, da educação e da ação social. Isso nos conduz no rumo de uma *teoria geral do cuidar* de base psicanalítica. (FIGUEIREDO, 2009a, p. 21, grifo do autor).

Concordo com Mathelin (1999) quando afirma que, embora o psicanalista seja parte integrante da equipe, deve ser capaz de manter certo distanciamento que lhe permita oferecer um olhar e uma escuta não “contaminados” pela situação. Assim, a intervenção do profissional “psi” variará em função do momento em que ocorre e da pessoa a quem é endereçada. Segundo a autora: “É preciso poder sempre se mexer de um lugar para o outro, construir um espaço onde o jogo seja possível a partir dessa disponibilidade” (p. 89).

Ademais, a construção de um espaço de reflexão é outra modalidade fundamental da intervenção psicológica na equipe (WIRTH, 2007). Considero que tal dispositivo funciona

como um espaço-tempo de transformações dos intensos afetos em algo passível de ser pensado e simbolizado, aproximando-se da noção de *rêverie* de Bion (1962).

Para Mathelin (1999), o psicanalista deve auxiliar a equipe a encontrar um lugar para a morte no serviço. Isso significa reconhecê-la como parte da assistência em vez de negá-la; poder falar sobre a perda e o consequente sofrimento diante do falecimento de um bebê é fator fundamental.

Penso que Mathelin (1999) se aproxima das postulações de Figueiredo (2009a) mencionadas, embora a autora reflita, essencialmente, sobre a clínica psicanalítica com bebês prematuros. Para ela, o trabalho do analista para com a equipe pode ser concebido como a preservação da capacidade de pensar de todos. Preservar a capacidade de pensar é, em última instância, resgatar certas condições “esquecidas” nas tarefas cotidianas. É reintegrar a dimensão subjetiva dos pais e dos bebês, muitas vezes afastada da consciência por efeito da clivagem.

Relembrar o estatuto de sujeito e de troca que os bebês possuem é função do profissional “psi” para com os colegas. É nesse ponto que os dois autores se encontram: no alerta ao resgate do psíquico e da compreensão dos fenômenos psíquicos em debate. Assim nos diz Mathelin (1999): “É, para o analista, essa construção, essa criação incessante em ação que permitirá às famílias e à equipe *ouvir com outro ouvido* o que se passa para eles no encontro com o bebê” (p. 90, grifo meu).

## **2. Sobre as intervenções psicológicas e formas de cuidado**

Depois de traçadas, de modo geral, as possibilidades de atuação do psicólogo/psicanalista, bem como brevemente justificadas suas intervenções, pode-se observar mais detidamente suas especificidades. Como elas operam?

Druon (1999) atenta para a complexidade do trabalho analítico em UTI neonatal. Destaca que a demanda de atendimentos com o analista não vem dos pais: o serviço é oferecido; ademais, ocorrem em um momento traumático e de crise. Nesse sentido, afirma que não se faz análise nesses casos; evitam-se, em parte, a livre associação e a regressão.

É pertinente a afirmação de Druon (1999) de que o simples oferecimento de um espaço de fala e compartilhamento das angústias e de uma escuta atenta e delicada permite acalmar a situação. “Na realidade, na maior parte das vezes, o fato de um espaço à parte ser

proposto aos pais, onde eles possam expressar suas angústias, onde a escuta é diferente, onde o tempo não é contado, é suficiente para acalmar a situação” (p. 43).

Boukobza (1997) corrobora as postulações de Druon ao afirmar que o trabalho com as mães, que apresentam dificuldades na interação com o filho, centra-se no oferecimento de condições para a elaboração da crise:

Não se trata geralmente de psicoterapia de longa duração, mas de um trabalho de elaboração de uma crise. De fato, um enquadre analítico lhes é proposto, do qual elas se servem segundo suas modalidades próprias, em função do que elas esperam da unidade e do ponto até onde elas estão dispostas a recolocar em questão suas problemáticas pessoais. (p. 92-93).

O foco do trabalho está em ajudar os pais a se sustentarem: é oferecido um suporte egoico. Nas palavras de Druon (1999):

[...] elas [entrevistas] acontecem num período de crise e, mesmo que a nossa escuta continue analítica, trata-se mais de uma sustentação do Eu do que de análise. Geralmente é dirigida, pois me parece que, nessa ‘explosão vulcânica’ psíquica, trata-se de não deixar avançar muito as associações e a regressão. Ajudar os pais a sobreviver nesta situação é dar-lhes um mínimo de elementos de sustentação do eu, como o navegador solitário que prevê o essencial de provisões de sobrevivência, em caso de tempestade. (p. 42).

Druon (1999) esclarece que a escuta continua analítica; Boukobza (1997) afirma a manutenção de um enquadre analítico. Contudo, a intervenção é que se altera: em vez de interpretativa – no sentido clássico do termo –, constitui-se como suportiva ao ego. Nessa linha de trabalho, é útil recorrer, brevemente, a Winnicott (1963a), que, há tempos, propunha como técnica psicanalítica o suporte egoico, via manejo do enquadre e *holding*.

Winnicott (1963a) observa que nem sempre o trabalho do analista volta-se para o desvelamento de sentidos ocultos – o desvelamento do inconsciente –, mas deve, muitas vezes, propiciar condições para a retomada do desenvolvimento do sujeito, onde quer que tenha sido interrompido. A ênfase do trabalho terapêutico recai sobre o contexto analítico, ou seja, questões referentes ao manejo e aos atos do analista.

A função desse *holding* ofertado pelo analista ao analisando é fornecer sustentação, apoio ao ego. Segundo Winnicott (1963a):

Ver-se-á que o analista está *sustentando* o paciente e isso muitas vezes toma a forma de *transmitir em palavras, no momento apropriado, algo que revele que o analista se dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando*. Ocasionalmente o *holding* pode tomar uma

forma física, mas acho que o é somente porque houve uma demora na compreensão do analista do que ele deve usar para verbalizar o que está ocorrendo. (p. 216, grifos meus).

Mais adiante, ele afirma:

No tratamento das pessoas esquizoides o analista precisa saber tudo que se refere às interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de se conter para não ser desviado a fazer esse tipo de trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é de *apoio simples ao ego, ou de holding*. Esse *holding*, como a tarefa da mãe no cuidado do lactente, *reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre*. (WINNICOTT, 1963a, p. 217, grifos meus).

Veem-se, com base nesses trechos, dois pontos de extrema importância dessa modalidade de intervenção. O primeiro deles é que a interpretação pode evidenciar a oferta e a disponibilidade do analista em oferecer um ponto de apoio e de sustentação à situação de sofrimento e fragilidade em que o analisando se encontra. E mais: ao oferecer sustentação, tenta evitar que o sujeito vivencie agonias impensáveis, assim como o bebê vive sem cuidados adequados. Sem essa oferta de *holding*, ocorre uma quebra na continuidade de ser que caracteriza o trauma para Winnicott (1963, 1965). Ademais, muitas vezes, a interpretação assume a forma de uma descrição, para o paciente, do que se passa com ele e do que ocorre durante o atendimento.

O segundo ponto de extrema relevância desses trechos versa sobre a possibilidade de o analista compreender e mostrar sua compreensão a respeito do sofrimento do paciente. De acordo com essa forma de intervenção, o analisando tem a oportunidade de verificar em que medida o analista o entende e pode, eventualmente, fazer correções. É então que se compreende o manejo, em última instância, como uma forma de comunicação. Conforme esclarece Dias (2008a):

[...] o analista não é mais o decifrador dos conteúdos inconscientes, mas aquele cuja *presença* possibilita uma *experiência de contato e de comunicação com outro ser humano*, então o sentido geral da prática interpretativa é a comunicação, em nível verbal, com outro ser humano. (p. 596, grifos meus).

No contexto de uma UTI neonatal, em que os pais experienciam um delicado processo de crise psíquica, com rebaixamento nítido das defesas e conseqüente emergência de

conteúdos inconscientes, considero tal aporte teórico de extrema relevância para a discussão ora proposta.

É neste ponto que se presencia a originalidade – até na contemporaneidade – da percepção de Winnicott: se a ideia desse autor era propiciar uma forma de atendimento analítico adequado às necessidades do paciente – daqueles pacientes considerados não analisáveis por Freud e que estavam fora da clínica-padrão –, daí a inclusão do manejo e do *holding* como modos de operar analiticamente na clínica, penso que essa modalidade é bastante adequada para reflexões também sobre a clínica ampliada. Para além do manejo com os chamados “pacientes difíceis”, veem-se as repercussões da clínica winnicottiana nos novos locais de inserção do psicólogo/psicanalista – as diversas instituições.

É notório como o *holding* na situação clínica, via analista atento a si e ao paciente, compõe um *setting* que é apropriado às necessidades do paciente e facilita o processo de integração deste. A atitude do analista em não interpretar, nesses casos de regressão “já dada” pelas circunstâncias, permite entrar em contato com a experiência e com o sofrimento do sujeito, estabelecendo com ele uma comunicação verdadeira.

São Claude Boukobza e Florence Benavides (1997) as responsáveis por levar as ideias de Winnicott para pensar a atuação analítica em unidades de acolhimento mãe-bebê. No texto “A clínica do *holding*” cada uma das autoras expõe, separadamente, considerações sobre a prática psicológica com mães e bebês. Considero que o modo de trabalho proposto pelas autoras, com sua justificação teórica, aproxima-se das intervenções do psicólogo de base psicanalítica em UTI neonatal que se deseja sustentar nesta dissertação.

A Unidade de Acolhimento Mãe-Criança do Hospital Saint Denis, em Paris, acolhe mãe, pai e crianças, com um funcionamento similar ao de um hospital dia. Paralelamente, são oferecidas aos pais, quando necessárias, entrevistas com um psicanalista. No primeiro dispositivo institucional as mães, quando em condições, cuidam dos próprios filhos, em uma relação mediada por alguém da equipe. Em certos casos de impossibilidade de cuidar da criança, um membro da equipe assume essa função. Já o segundo dispositivo institucional possibilita que a mãe discorra sobre a própria história de vida, bem como sobre a do casal e a do filho.

Com base no estudo de Benavides e Boukobza (1997), o que interessa refletir são as dimensões de cuidado e as bases teóricas propostas em tais dispositivos institucionais consideradas pertinentes para se pensar as intervenções em UTI neonatal.

Para Boukobza (1997), o trabalho com a dupla mãe-bebê/criança pode ser considerado uma *clínica do holding*, ao assegurar à criança a continuidade de seus cuidados –

e, portanto, a continuidade de ser – via *sustentação* e *interdição* da mãe. Entendo que a autora postula a necessidade da presença de um terceiro, que garanta a sustentação egoica da mãe, bem como sua proteção, a fim de que possa oferecer um *holding* adequado a seu bebê. Na maioria das vezes, quando tudo corre bem, é o pai quem garante tal suporte para a mulher. Contudo, em muitos momentos, constata-se que essa sustentação fica a cargo da equipe ou da instituição hospitalar.

A aposta segue na direção de que, ao fazer uso desses cuidados ofertados pelo ambiente e adequados às necessidades vigentes, poderão sentir-se sustentadas e protegidas até o momento em que serão capazes de oferecer o mesmo aos filhos. Ao operar dessa forma, propicia-se o desenvolvimento de fenômenos que levam à integração do ego. Esse tipo de cuidado é oferecido à mãe: com seu ego integrado estará apta a “emprestar” seu ego ao bebê, a fim de que ele construa o seu próprio. Para tanto, é imprescindível que a mãe interiorize esse *holding* ofertado pelo psicólogo e pela equipe, do mesmo modo que o bebê se desenvolve psiquicamente graças à interiorização do *holding* ofertado pela mãe.

É oportuno apontar que a sustentação/*holding* dos membros da equipe é dada, de modo informal, em algumas intervenções do psicólogo, como visto anteriormente. Contudo, considero fundamental a criação de certos dispositivos institucionais que cumpram essa função<sup>36</sup>.

É função não menos importante desse terceiro instituir a interdição e a separação na dupla mãe-bebê, possibilitando que cada um ocupe seu lugar. Arrisco-me a afirmar que, ao assumir traços similares da função materna para com a mãe, ou seja, ao oferecer e possibilitar continência física e psíquica para a mãe, o psicólogo assume uma postura clínica menos interpretativa e mais em ato, no sentido do manejo das condições ambientais. Trata-se de acolher o sofrimento e sustentar sujeitos com suas respectivas funções – no caso, função materna – abaladas pelo traumático da situação.

Benavides (1997), ao considerar o trabalho analítico nesse contexto como a *clínica do holding*, isto é, que acolhe e ao mesmo tempo interdita, sugere que o termo “acompanhamento” é aquele que melhor define a postura do profissional no dispositivo do acolhimento mãe-bebê. Considero, da mesma forma, que esse termo comporta uma dimensão importante da intervenção do psicólogo em UTI neonatal. Justifica a autora:

O ‘acompanhamento’ é o termo que nos parece melhor definir a relação de “estar com”, assemelhando-se a um *holding*: olhar o bebê com sua mãe,

---

<sup>36</sup> Na descrição e análise do grupo de pais, o leitor terá mais possibilidades de compreender esse fenômeno.

colocar palavras sobre o que ele expressa através de suas atitudes, permitir à mãe expressar suas vivências, estar lá enquanto ‘terceiro testemunha’. (p. 101).

Trata-se de acolher o bebê em sofrimento na mãe e olhar, investir e nomear esse bebê real, presente e que se faz presente. O trabalho volta-se para o oferecimento às mães de um continente que acolha e sustente a regressão, de forma contida e protegida, para, posteriormente, conduzi-las a uma posição mais adulta, ao interditá-las e separá-las, de certa forma, do bebê real:

Neste lugar semelhante a um receptáculo materno, as mães rapidamente deixam ‘cair a máscara’ e se autorizam a regredir. Nosso trabalho também será o de conter, num primeiro tempo, esta regressão na qual as mães se posicionam rapidamente como rivais de suas crianças; e, num segundo tempo, o mais delicado, conduzi-las a uma posição de adulto, de pais, tendo, como corolário, uma certa aptidão à frustração. (BENAVIDES, 1997, p. 101).

Acrescento à intervenção de acompanhamento o necessário trabalho de construção (FREUD, 1937), principalmente com os pais, que permita o acesso a simbolizações diante de eventos disruptivos da experiência, pois traumáticos. Conforme citado, tais eventos podem constituir fraturas e buracos psíquicos (BOTELLA; BOTELLA, 2002), instalando um possível campo do irrepresentável no psiquismo.

Acolher, sustentar, interditar, separar, testemunhar, estar com. Modalidades de intervenção e de cuidados que nos remetem aos escritos de Figueiredo (2009), o qual, como visto, propõe uma teoria geral do cuidar, via atravessamento dos paradigmas internos à Psicanálise.

Antes de se passar às diversas formas de cuidar, penso ser necessária uma breve contextualização acerca dos objetivos almejados por elas. Segundo Figueiredo (2009), os cuidados, em última instância, devem propiciar ou facilitar a construção de sentidos, ao promover ligações e a construção de uma *experiência integrada*, reintegrando ao pertencimento humano certas experiências. Aparentemente, os diversos autores mencionados convergem para este ponto: propõem a tessitura da experiência traumática, o recolhimento e a junção de pedaços de uma história despedaçada ao facilitar ligações simbólicas, que conduzem ao processo de simbolização e “salvam” o ego de um estado traumático (ROUSSILLON, 1999).

O criar sentido vem justamente fazer frente às experiências em que reinam o excesso, as falhas, o que há de traumático – experiências essas tão frequentes na situação de cuidados intensivos neonatais. Na realidade, tais vivências são comuns na vida do homem “[...] as *desproporções* fazem parte essencial de nossa condição e da nossa história. A experiência das desproporções – ou desencaixe – é uma ameaça contínua de ‘sem sentido’ em nossas vidas” (FIGUEIREDO, 2009, p. 134, grifo do autor).

Ao resgatar conceitos de trabalho anterior (FIGUEIREDO, 2008), quais sejam, presença implicada e presença em reserva, Figueiredo (2009) sugere que o agente de cuidados – que vai desde pais até profissionais da saúde e educação – exerce sua função como *presença implicada*. Nesse sentido, ele faz algo. Entretanto, destaca que parte do cuidado engloba o não fazer, isto é, a *presença em reserva*.

Figueiredo (2009) retoma o conceito de *holding* (WINNICOTT, 1960), que garante a continuidade, e de *containing* (BION, 1970), que permite experiências de transformação.

É função do agente de cuidados oferecer a experiência de continuidade ao outro, via sustentação, quando as dimensões somáticas e psíquicas veem-se abaladas em sua continuidade. Famílias e instituições costumam garantir essa sustentação. Embora tal *holding* possa ser também oferecido por um único sujeito, como no caso da mãe que cuida de seu bebê, geralmente esse próprio sujeito conta com outros e funciona, então, como uma instituição em si (FIGUEIREDO, 2009). Não será essa a forma de intervenção e de cuidado subjacente à *clínica do holding*, proposta por Benavides e Boukobza (1997)? Uma instituição, equipe e/ou profissional que sustenta a mãe, a qual poderá, então, sustentar o bebê.

Ao mesmo tempo, é preciso crescer sem depender totalmente do outro. Abre-se espaço para as transformações, via presença de outro que garanta certa continência. Figueiredo (2009) postula que tais suportes de continência – o que pode ser a arte, por exemplo (não somente pessoas e instituições) – ensinam o sujeito a sonhar:

[...] ajudando a dar forma, colorido, palavra e voz aos estratos mais profundos do psiquismo. Estas são formas extraordinariamente importantes do cuidar. Quando nos faltam, sofremos com a sobrecarga de experiências emocionais obscuras e perturbadoras que evocam em nós a ameaça de loucura. (p. 137).

Oferecer condições para que a vida onírica emerja não corresponde ao proposto por Mathelin (1999) acerca da construção de um espaço que garanta a continuidade de simbolização e devaneios da mãe, abalados pela desestruturação psíquica causada pela situação traumática? Para que as experiências de continuidade e de transformação ocorram, é

necessária a presença implicada de outro, que, inicialmente, acolhe, sustenta, hospeda e sonha as vivências do sujeito, até o momento em que ele tenha condições de fazer isso por si (FIGUEIREDO, 2009).

A importância de um terceiro que testemunhe, alertada, como visto, por Benavides (1997), é também uma das faces do cuidar propostas por Figueiredo (2009). De acordo com o autor, o reconhecimento se dá em dois níveis: testemunhar e refletir/espelhar. Para tanto, faz-se imprescindível, primeiramente, acompanhar e atentar para o sujeito, com a finalidade de devolver-lhe certa imagem de si, se possível. “Muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem” (FIGUEIREDO, 2009, p. 138). Proposição essa próxima daquela cunhada por Winnicott (1963a): mostrar ao sujeito o que se passa com ele e aquilo de que é capaz nesse momento.

Figueiredo (2009) enfatiza ainda que, embora essa modalidade do cuidar seja sutil a ponto de não ser percebida, sua falta pode ser prejudicial para a autoimagem e autoestima do sujeito. Trata-se de um cuidado que é silencioso, porém, fundamental. Para o autor, esse cuidar reside em prestar atenção naquilo que o sujeito tem de mais singular e responder na quantidade certa, se preciso. Isso porque, neste mundo das desmesuras e dos excessos, das desproporções, “[...] a *experiência da medida*, enraizada em um reconhecimento preciso do outro, no que tem de mais próprio, comporta um potencial ético difícil de ser exagerado” (p. 138, grifo do autor).

Outra modalidade de cuidados contém as ações de interpelar e reclamar, que aproximamos daquilo que Benavides (1997) propõe como interdição e separação: o bebê ocupa um lugar e a mãe deve ser capaz de se distanciar dele e assumir o lugar de provedora/cuidadora. Ademais, tal aproximação também se dá com as teorizações de Mathelin (1999) no tocante à necessidade da separação mãe-bebê, para que demandas emergjam dele e possam ser reconhecidas como tais. Eis o estatuto de sujeito em jogo.

Figueiredo (2009) afirma que nessa figura da alteridade tem-se o outro marcado pela diferença e incompletude; é o outro sexuado e desejanter. É por meio desses traços que se pode exercer a função de *interpelar* – seduzir (LAPLANCHE, 1992) – e de *reclamar* (ALVAREZ, 1992).

O autor retoma que o outro, que cuida, é fonte de enigmas para aquele que é cuidado. Dessa forma, o outro desperta ou introduz a pulsionalidade, exigindo que se constitua como sujeito. Tem-se a noção de intimação e interpelação do sujeito: ele é chamado a responder a algo.

A função de interpelar chama e convoca o sujeito a sua existência e às falas; convoca-o também a defrontar-se com as noções de morte e finitude. “Ambas as funções – chamar à vida, chamar às falas e chamar à ordem – são tão necessárias aos processos de constituição psíquica e narcísica quanto as funções do acolhimento e do reconhecimento vistas anteriormente” (FIGUEIREDO, 2009, p. 139). Cita como exemplo dessa função o médico que solicita ao doente que fale sobre sua doença, ou ainda a mãe que conversa com seu bebê sem que ele saiba falar. Prossegue neste último exemplo esclarecendo que, junto com a fala, a mãe seduz seu filho por meio de gestos e olhares: isso o convoca a responder. É justamente porque a mãe lhe exige algo que ele vem a ser “[...] como resposta à doce interpelação que a mãe lhe faz: a mãe reclama (ALVAREZ) sua presença viva e interativa” (FIGUEIREDO, 2009, p. 139). Penso que Benavides (1997) e Mathelin (1999) propõem, ao interditar, o chamado à mãe a responder de seu suposto lugar – no caso, lugar da função materna –, mesmo que ainda não o ocupe.

Diante do exposto, faço uso das palavras de Benavides (1997) para caminhar rumo à finalização deste capítulo: “É talvez neste movimento entre a função continente e aquela do terceiro que nós poderemos contribuir para a criação de um novo espaço de encontro entre a mãe e sua criança” (p. 102). Oferecer a sustentação, por meio de um ambiente que contém, pode ajudar essas mães a perceber seus filhos como alteridade e reconhecer neles gestos, necessidades e desejos.

O reconhecimento do outro em sua condição de alteridade é parte essencial da tarefa de cuidar, pois evidencia um cuidado atento e delicado, sem exageros da implicação. O excesso de qualquer forma de cuidar é prejudicial ao sujeito, haja vista que o conduz à dependência do outro, à edificação de um superego extremamente crítico e severo e/ou ainda à sensação de sufocamento pelo outro (FIGUEIREDO, 2009).

É necessária certa dosagem nas três modalidades de cuidado (acolher, reconhecer e convocar), a fim de que contribuam para a construção de sentido. Entretanto, o equilíbrio entre as funções da presença implicada não basta: é preciso manter uma dose de ausência, isto é, manter-se em *presença reservada* (FIGUEIREDO, 2009).

A aposta dos cuidados do psicólogo em UTI neonatal, como se pôde ver, segue na direção de que, ao sentirem-se amparadas, sustentadas, reconhecidas e interdidadas em suas dores físicas e psíquicas, essas mulheres poderão oferecer o mesmo aos bebês. Mas como isso é possível? Por meio da introjeção dos cuidados ofertados.

Figueiredo (2009) defende que um dos objetivos dos cuidados é que o próprio objeto de cuidado venha a desenvolver a capacidade de cuidar. Ou seja, ele deve ser um participante

ativo nesse processo e não somente mero alvo de fazeres sobre ele. Dito de outro modo, as funções cuidadoras devem ser introjetadas.

Para tanto, a presença reservada do cuidador assume vital importância, uma vez que sua onipotência é reduzida e seu fazer não se torna jogo de poder:

Nesta medida, tudo que foi dito acerca da presença reservada é da maior importância, pois apenas a moderação das fantasias onipotentes do cuidador – estabelecendo os limites do que faz e do que pode fazer – lança as bases para que seus fazeres não se confundam com poder e domínio. (FIGUEIREDO, 2009, p. 144).

Adentra-se, assim, uma problemática complexa em se tratando de cuidados intensivos. A equipe de Neonatologia pode assumir facilmente o lugar daquele que “sabe” sobre os bebês. Onipotentes, poderosos, conhecedores da vida. Para Mathelin (1997), o trabalho do analista com a equipe centra-se no questionamento sobre a posição de sujeitos que ocupam e de sua onipotência dentro da Medicina. Em Neonatologia, prossegue a autora, a renúncia à onipotência da equipe – e incluo aqui o psicólogo/psicanalista – assume lugar central: caso isso não ocorra, a mãe terá inúmeras dificuldades em exercer a função materna.

Quando o poder e o domínio assumem a cena, notam-se duas consequências: ambivalência no objeto de cuidados (sensação de ser muito cuidado ou pouco descuidado) e impotência (potencialidades criativas que permanecem embotadas). Como resultado, tem-se um sujeito inábil para exercer cuidados: seu fazer se dará de forma mecânica (ou introjetou os cuidados sem de fato assimilá-los ou os rejeitará como corpo estranho). “Apenas quem introjetou criativamente as funções cuidadoras e as exerce com a mesma criatividade pode transmiti-las de forma criativa e eficaz, e ajudar na constituição de sujeitos *responsáveis*” (FIGUEIREDO, 2009, p. 145, grifo do autor). De fato, não é raro presenciar mães receosas em sua capacidade de maternar o filho após a estadia na UTI neonatal.

### **III. Pensando a prática: do silêncio da escuta às vozes dos personagens – Aprendendo com a experiência**

Este capítulo, subdividido em quatro subcapítulos, apresenta a clínica em UTI neonatal. São descritas e analisadas as diversas possibilidades de intervenção do psicólogo com os diferentes personagens de uma UTI neonatal, em forma de estudo de caso, fazendo referência, sempre que pertinente, à teoria previamente discutida e a recortes conceituais específicos que auxiliam na compreensão dos fenômenos psíquicos presentes. Cabe ressaltar que, embora em todos os casos e situações trazidos para análise seja possível visualizar os conceitos e a teoria anteriormente discutidos, foram destacados alguns deles, que ficaram mais evidentes com base no material clínico, apenas como forma de organizar a apresentação. A discussão ora apresentada almeja, em última instância, apontar os possíveis efeitos terapêuticos e preventivos das intervenções psicológicas em termos de saúde mental.

#### **1. O grupo de pais: quem cuida de quem? Sobre defesas, angústia e possibilidades de simbolização**

*[...] entre o médico [equipe] e os pais evidencia-se uma total simetria: sujeitos humanos singulares confrontados com o desamparo, com a finitude, com perdas e lutos diversos, com feridas narcísicas, com temores, com ideais, projetos [...]*

Ethel Battikha

Já de início considero oportuno apontar a importância desse dispositivo institucional e expor como a sua construção e a sua existência são frutos de uma equipe atenta às questões subjetivas e ao sofrimento dos pais de bebês internados em UTI neonatal.

O grupo de pais é uma atividade desenvolvida pela equipe multiprofissional da unidade, antes mesmo de minha entrada. A implementação de tal dispositivo ocorreu em meados de 2009, com frequência variável entre mensal e bimestral, sendo retomado em abril de 2010, após quatro meses sem tais encontros.

Idealizado e coordenado por um dos médicos do serviço, o grupo atualmente ocorre a cada quinze dias<sup>37</sup> com a presença da equipe multiprofissional e, quando possível, com a presença adicional de algum residente da unidade. O objetivo de tal encontro é possibilitar aos

---

<sup>37</sup> Ao longo do relato será explicado como ocorreu a passagem da frequência mensal à quinzenal.

pais um espaço de acolhimento e de compartilhamento das angústias oriundas da situação de internação do filho. De forma não explícita, também contribui para a aproximação da equipe ao sofrimento dos pais, bem como auxilia na construção de uma rede de apoio entre os próprios pais e destes com a equipe, o que se reflete em uma maior presença deles na unidade e no estabelecimento de vínculos mais sólidos com os bebês. Ademais, com base no exposto pelos pais por meio desse dispositivo, é possível identificar certas demandas específicas a cada grupo familiar – e as intervenções que conseqüentemente se fazem necessárias –, como a liberação da visita a algum parente ou um aumento da frequência dos atendimentos psicológicos.

Os pais são informados do grupo com alguns dias de antecedência, na recepção do Uogi<sup>38</sup>. A assistente social encarrega-se de providenciar panfletos e cartazes divulgando o grupo; informalmente, os demais profissionais da equipe também avisam os pais. A presença destes no grupo, de modo geral, é elevada, ainda que sua participação não seja obrigatória. Tal fato pode corroborar inúmeras hipóteses: a necessidade de contato maior com equipe, o desejo de compartilhar suas próprias histórias e seus sofrimentos, bem como de ouvir o mesmo dos demais pais, além de ser uma oportunidade de obter informações e perspectivas sobre o quadro clínico do filho, entre outros. O grupo, por ter frequência periódica, acolhe tanto os pais recém-chegados à unidade como aqueles que lá estão há mais tempo, permitindo, dessa forma, que o testemunho do testemunho seja levado adiante. Não raro determinados pais recordam-se de outros já fora da unidade e contam as histórias daqueles aos recém-chegados à UTI neonatal.

As cenas relatadas a seguir referem-se à síntese dos primeiros encontros do grupo dos quais participei logo após minha entrada na unidade. Com este relato podemos visualizar a dinâmica do grupo, bem como as intervenções realizadas dentro e fora desse espaço, porém em referência a ele. Considero, do mesmo modo, ser possível constatar os efeitos da inclusão de um psicólogo na equipe e, conseqüentemente, identificar uma maior abertura para as questões subjetivas de todos os presentes em uma UTI neonatal: bebês, pais e equipe.

Antes de participar pela primeira vez do grupo de pais, a equipe me informou sobre suas características de funcionamento e seus objetivos. Assim, em minha primeira participação no grupo, assumi apenas uma postura de observadora, a fim de visualizar e compreender quais eram os objetivos e como ocorria a condução do trabalho.

---

<sup>38</sup> Unidade de Obstetrícia e Ginecologia. Deve-se lembrar que, como descrito na parte I, capítulo III, subcapítulo 2, a UTI neonatal está alocada no prédio do Uogi.

O encontro se iniciou com a apresentação dos profissionais e, em seguida, o coordenador expôs os objetivos daquele espaço da seguinte forma: “O que vocês têm a nos dizer sobre o serviço? Como está essa passagem por aqui? Ao mesmo tempo em que queremos ajudar vocês, vocês também podem nos ajudar a melhorar nosso trabalho”.

O espaço aberto dessa forma proporcionou a emergência de uma série de reclamações sobre a unidade, tanto em relação à infraestrutura como a respeito da equipe e das rotinas. Não tardou para que um profissional da equipe fosse posto como depositário de tudo que havia de ruim no serviço, e, estando tal profissional ausente no grupo naquele momento, foi severamente atacado.

Presenciamos intensos afetos expostos de forma violenta. Violência essa que considero, em grande parte, uma forma deslocada de expressar a frustração, a raiva e o ódio de ter um filho recém-nascido na linha tênue entre vida e morte. Uma violência que ataca qualquer possibilidade de reflexão.

Dias depois, tempo suficiente para retomar minha capacidade de pensar, conversei com o profissional que serviu de depositário das queixas/angústias dos pais. Após ouvi-lo, e na tentativa de aliviar um pouco a angústia dele, expus minha compreensão do ocorrido no grupo e de como é comum alguém ocupar esse lugar de depositário de angústias, com as quais os pais têm extrema dificuldade de lidar naquele momento: “O que aconteceu não é pessoal com você. Vamos pensar na situação desses pais”. Acrescentei que, no período próximo à alta, os pais encontram-se bastante ansiosos e esgotados emocionalmente por aquele sofrimento que parece não ter fim e deparam mais uma vez com sua impotência e com a necessária tolerância para enfrentar o tempo de espera da lenta recuperação do filho. “Não tinha pensado dessa forma”, o profissional me respondeu.

Considero que esse tipo de intervenção, além de fornecer um acolhimento necessário para o profissional, auxilia a ampliar a escuta e a percepção dos fenômenos vigentes na dinâmica institucional, abrindo espaço para as questões subjetivas de todos os envolvidos. Tal intervenção com a equipe parece aproximar-se das postulações de Mathelin (1999) e Figueiredo (2009a) sobre o esclarecimento dos processos psíquicos em andamento. Em meu entendimento, possibilitar aos membros da equipe uma compreensão mais clara dos processos psíquicos vigentes constitui uma forma de prevenir ou, ao menos, amenizar a instalação de conflitos na relação com os pais.

É extremamente comum o hospital e a equipe de saúde funcionarem como suporte e continente para as intensas projeções e identificações projetivas de seus usuários, no caso referido, os pais dos bebês (CRESTI; LAPI, 1997; CUNHA, 2004; DRUON, 1999). Assim,

percebe-se a necessidade de um tipo de acolhimento próximo ao processo de *rêverie* (BION, 1962), no qual aquele que é o depositário, ou, em termos bionianos, aquele que funciona como continente para as angústias, oferece a própria capacidade de digestão psíquica para um início de simbolização, de metabolização dos afetos.

Na cena ora relatada, o insuportável das vivências que rodeiam a UTI neonatal foi exposto no grupo e depositado em um determinado profissional. Considero que seria interessante que a própria equipe e os demais membros do grupo pudessem ter devolvido aos pais a angústia apresentada por eles após um processo de elaboração psíquica que a tornasse mais tolerável, possível de ser pensada e, como consequência disso, capaz de promover uma experiência de colaboração entre os envolvidos no processo, em vez de os fazer divergir entre si.

No grupo seguinte, presenciamos uma sistemática inclusão e valorização desse profissional na unidade, possivelmente como reação ao ocorrido no encontro anterior.

Além da equipe multiprofissional, estavam presentes nesse grupo um casal de pais e sete mães. Após a habitual apresentação dos profissionais, foram expostos os objetivos daquele encontro, dessa vez nas seguintes palavras: “Não estamos aqui para ouvir reclamações: estas podem e devem ser feitas, mas em outro momento; a ideia aqui é que cada um possa contar sobre como está sendo a passagem por aqui, compartilhar a história conosco e com os demais pais, para diminuir o sofrimento de vocês. Também podem tirar dúvidas sobre os bebês e o funcionamento da unidade”. Tendo esclarecido esse aspecto, o coordenador solicitou que determinada pessoa começasse a falar e cada mãe descreveu as condições do seu bebê.

Geralmente, as falas dos pais eram direcionadas por perguntas. Segui refletindo sobre esse modo de condução do grupo e hipotetizei, com base nas observações, que possivelmente ocorria um tamponamento das angústias que, nesse cenário, clamam por um lugar onde possam ser expostas. Se nós – equipe – não conseguimos oferecer um espaço de expressão, reconhecimento e contenção das angústias, qual o destino para tamanho sofrimento? Contaminará a relação com o bebê? Ou a relação com a equipe? Ou até entre os próprios familiares? Pois, como se sabe, de alguma maneira a angústia encontrará um espaço por onde escoar.

Penso também que, nesse campo repleto de extremo sofrimento, é preciso ter muito cuidado com as palavras ditas. Os pais, que já se sentem culpados e estão emocionalmente abalados pela situação em que se encontram, sentem-se também, por vezes, expostos e

invadidos por certos questionamentos, mesmo que estes, em princípio, não comportem nenhum tipo de invasão e/ou exposição.

Voltemos ao grupo: o profissional rechaçado no encontro anterior foi sistematicamente incluído no grupo. O coordenador fez intervenções bastante pertinentes visando orientar os pais a respeito dos cuidados posteriores à alta dos bebês e preventivos no caso de novas gestações. A finalização do grupo se deu com o *feedback* dos pais sobre o encontro, o qual se mostrou positivo.

Entendo que esse espaço-tempo oferecido aos pais pelos membros da equipe da unidade funciona para além de um espaço de acolhimento e compartilhamento das angústias. Traço duas incidências fundamentais: primeiramente, o grupo adquire a função de “simbolizador” (“simboliza a dor”), ou seja, pode conter, sustentar e metabolizar as angústias parentais (BION, 1962; FIGUEIREDO, 2009). Isso considerado, podem ser entendidas algumas das razões para a dificuldade de sustentação desse dispositivo, já que tais encontros podem provocar importantes repercussões emocionais na equipe, na medida em que conteúdos emocionais violentos podem ser maciçamente despejados em nós, levando ao limite nossa capacidade de digestão psíquica, como já visto.

De relevância essencial, a participação no grupo é uma valiosa oportunidade para que os pais se sintam considerados e importantes aos olhos da equipe; os pais se sentem técnica e afetivamente investidos pelos profissionais, passando a se sentir valorizados em sua condição de peças fundamentais na unidade e no tratamento do filho. Eu diria que são “narcisizados”, investidos libidinalmente, fato que adquire suma importância em UTI neonatal, já que eles podem se sentir inúteis e incompetentes por ter gerado um filho “imperfeito”, doente, prematuro.

Durante certo período foi possível perceber um movimento da equipe para (re)pensar a melhor forma de conduzir o grupo: como poderíamos ajudar ainda mais esses pais? Que intervenções são válidas e mais benéficas nesse dispositivo? Como possibilitar a expressão e, ao mesmo tempo, oferecer certa contenção e certo acolhimento aos afetos emergentes? Considero que esse movimento da equipe emergiu com base em algo percebido pela contratransferência<sup>39</sup>, no sentido da captação do clima emocional do grupo. Diante disso, naquele momento, pareceu-nos oportuno conversar entre nós brevemente sobre cada caso antes do grupo propriamente dito, de modo a evitar certos questionamentos aos pais.

---

<sup>39</sup> “Conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 102).

Paralelamente, naquele momento sugeri aumentar a frequência do grupo: de mensal para quinzenal. Assim, imaginei que seria possível a participação de maior número de pais nessa atividade oferecida pelo serviço, além de poder fornecer certa continuidade para aqueles que lá permanecem por longo período. Embora aceitas de bom grado, tais sugestões levaram certo tempo para serem implementadas.

Na reunião multiprofissional seguinte, o tema do manejo do grupo emergiu. Possivelmente, era um aspecto para o qual todos estavam voltados e que, a meu ver, precisava, de fato, ser pensado e discutido conjuntamente. Como sugestão, levantei a possibilidade de deixarmos um “espaço mais aberto” para os pais falarem, pois assim poderiam sentir-se mais à vontade para expressar aquilo que precisassem e/ou desejassem expressar. Vale dizer que, ao conduzir o grupo dessa nova forma, buscávamos tanto aumentar a liberdade de expressão dos conteúdos por parte dos pais, como também evitar possíveis sentimentos de invasão a aspectos da experiência que eles talvez ainda não estivessem prontos para expor e para pensar.

Deixar um “espaço mais aberto” aos pais implica, conforme meu entendimento, a abertura de um tempo-espaço para a dor, para o sofrimento e, também, para a morte, fantasma tão temido quanto presente na UTI neonatal. De acordo com Mathelin (1999), uma tarefa indispensável em cuidados intensivos neonatais é “não escamotear a morte”: é preciso dar vida à morte, ao processo de morrer. “Uma vida de dois dias é, apesar de tudo, uma vida, tendo um início e um fim, uma história de ser humano que se inscreve em toda uma problemática familiar” (MATHELIN, 1999, p.113). Somente com a instauração de um lugar para a morte no serviço de UTI neonatal, a fim de que não seja rechaçada, excluída, negada, abolida, é que possivelmente encontraremos palavras para aquilo que parece impossível de ser nomeado.

Considero que a dificuldade em dar espaço para a morte revela, na realidade, um fenômeno mais amplo, o qual foi muito bem analisado e estudado por Ariès (1975) e, posteriormente, por Kübler-Ross (1969), isto é, o lugar de tabu que a morte ocupa na nossa sociedade – aquilo que não pode ser pensado e menos ainda expresso, como se, ao fazer isso, trouxéssemos a morte para perto.

Contudo, em uma UTI neonatal há certa especificidade que não pode ser esquecida: pensar em morte diante de um recente nascimento, de um recém-nascido para a vida, é tarefa complexa. Tarefa essa constantemente presente no cotidiano de uma UTI neonatal, tanto na forma de ameaça como na de fato dado. Raramente as palavras conseguem descrever o vivido dentro desse ambiente, de tão intensas e paradoxais que se configuram as vivências.

Como dito anteriormente, a realidade de sermos mortais é constantemente negada pelos humanos: cremos, de modo inconsciente, na fantasia de imortalidade. Dessa maneira, a vivência em UTI neonatal nos põe em contato com aquilo que gostaríamos de esquecer. Por consequência, um grande paradoxo assume a cena: a morte, aquilo que justamente se procura de todas as formas evitar, a UTI neonatal insiste em nos lembrar a todo instante (CATÃO, 2002; MATHELIN, 1999; RABELLO, 2004).

Voltando ao relato do grupo de pais, a sugestão de deixar o campo mais aberto foi recebida com certo receio. Isso porque parte da formação dos profissionais da saúde em geral privilegia o caráter investigativo e curativo do cuidar, embora já se presenciem alterações nesse modelo, como no caso ora analisado: a iniciativa da criação do dispositivo do grupo de pais. Ademais, deixar o campo mais aberto é permitir a expressão da angústia dos pais, e tomar contato com esse sentimento é doloroso também para os profissionais. Todavia, posteriormente, pude perceber que tal intervenção produziu efeitos em todos os envolvidos.

No grupo seguinte, novamente os integrantes da equipe multiprofissional se apresentaram e o coordenador expôs os objetivos do encontro. As mães que falaram inicialmente discorreram de forma aberta sobre o sofrimento, o que cessou a necessidade de fazer perguntas (essas duas mães já haviam participado do grupo anterior). Uma delas, Ana, relatou a dor de constatar que o filho não conseguia viver sem os aparelhos, porém, em seguida, acenou um horizonte de esperança: “Falta um pé para ir para casa. Esperei tanto por ele... Parecia que ia perder a cada momento, agora eu o ganho”.

Na sequência outra mãe, Vânia, disse: “Sou mãe do Mauro, de seis meses e meio”. Imergiu em um choro desesperado e um pai tentou acolhê-la: “Pode chorar, eu chorei e sou homem, não tem vergonha”. Percebi a angústia se espalhar, infiltrando-se em alguns membros da equipe, que começaram a chorar. Alguns choros de empatia com o sofrimento alheio; outros, desesperados, copiosos. O grupo seguiu com Vânia falando da dificuldade de enfrentar as recaídas do filho, ainda muito pequeno e frágil. “Intercorrências são esperadas”, disse alguém da equipe, e Vânia, com o olhar assustado, se dirigiu a mim quando falei: “Mas nunca o são aos olhos de uma mãe, de um pai”. Vânia sorriu, entre lágrimas. Eu almejava com essa intervenção reconhecer e legitimar o sofrimento dela, ao mesmo tempo em que apontava a discrepância entre a visão da equipe e a dos pais e tentava aproximá-las.

Tempos depois, chegou a vez de Maria<sup>40</sup>. Emocionada, disse: “Desde o começo sabia aqui dentro que tinha algo de errado com ele”; afirmou que vivia sozinha e comentou como

---

<sup>40</sup> Este caso será descrito no tópico 3.1, “Maria e João: o filho como representante da (im)potência materna?”.

estava sendo difícil enfrentar a realidade da doença do filho. Maria conseguiu se expressar naquilo que precisava e obteve o auxílio da equipe em relação aos rumos do tratamento de seu filho na instituição; saiu aliviada.

Dois meses se passaram e o novo grupo não ocorreu. Incompatibilidade de horários da equipe, problemas para encontrar espaço físico disponível, os mais diversos obstáculos de ordem prática. Segui pensando, intrigada com tamanha dificuldade de dar continuidade ao trabalho, porém, logo me recordei do ocorrido no grupo anterior. Pareceu-me que, ao abrir um espaço maior para o aparecimento e a circulação da angústia dos pais, tal vivência espalhou-se e infiltrou-se em todos os profissionais. Na realidade, considero mais correto afirmar que esse espaço também propiciou o surgimento da angústia que permeia o trabalho de todos da unidade, disparado pelas vivências angustiadamente vividas pelos pais; angústia essa que, em última instância, remete os profissionais a uma situação de desamparo (FREUD, 1926) e de terror diante do iminente risco de morte.

Ainda é preciso um árduo trabalho para que haja um equilíbrio entre o distanciamento e o envolvimento necessários na arte do bem cuidar. Ou radicalmente separados, ou radicalmente envolvidos. A presença em reserva e a presença implicada, como diria Figueiredo (2008), similarmente ao trabalho do analista, são de difícil operação nesse campo. De fato, o trabalho constante e extenuante com bebês doentes, muito próximos da morte, nos leva, facilmente, para algum dos polos: nada sentir ou ser invadido pelo sofrimento e pela dor.

Autores como Cresti e Lapi (1997) e Wirth (2000) parecem convergir sobre o seguinte aspecto: a situação de nascimento e de morte e o cuidado com bebês reatualiza as angústias primitivas do cuidador, de quando era um bebê desamparado. Acrescem-se a isso as intensas identificações projetivas das mães nos profissionais da equipe e na instituição hospitalar. Quando é impossível tolerar e acolher tamanha intensidade emocional, os mecanismos primitivos de defesa – tais como clivagem, negação, deslocamento e evitamento – entram em ação e, como consequência, tem-se a assistência reduzida ao nível físico e orgânico. Surge, assim, a chamada mãe hospitalar, sem as capacidades de *rêverie* e *holding* em operação.

Druon (1999) já havia nos advertido sobre as dissociações presentes nos profissionais; dissociações, observa ela, necessárias para os cuidados serem eficientes. A autora apresenta-nos a fala de uma enfermeira segundo a qual os cuidados dispensados ao bebê são “sem pensamento”. Dessa forma, Druon (1999) afirma que “os cuidados dirigidos ao bebê são perfeitos quanto aos gestos, mas frequentemente ‘sem pensamento’” (p. 36), ou seja,

são eficazes tecnicamente, porém a ideia de que se trata de um bebê precisa ser mantida afastada. No entanto, para além do corpo orgânico, esse bebê possui uma subjetividade em potencial, tem uma história, está inscrito em determinada trama familiar, é amado ou odiado, desejado ou não por seus pais. Porém, considerar que se trata, enfim, de um sujeito, de um ser humano tal qual qualquer um de nós, pode ser fator dificultador e até mesmo impeditivo para um trabalho eficiente do ponto de vista técnico.

É fundamental deixar claro que não tenciono julgar nem condenar os profissionais por fazerem uso de defesas nessas situações, já que não se trata de escolhas conscientes, mas de respostas quase que automáticas diante de angústias intensas; é preciso muito acolhimento e trabalho psíquicos para funcionar de outra forma. Concordo com as considerações de Figueiredo (2011, informação verbal<sup>41</sup>) acerca da intensidade e modulação de defesas nas diversas situações da vida, ou seja, uma certa “dose” de dissociação é necessária e configura-se como “defesa saudável”, que faz parte “dos processos de saúde” (FIGUEIREDO, 2011, informação verbal) ao possibilitar certa modulação das intensidades afetivas. Contudo, em determinadas ocasiões, observa-se a impossibilidade de movimento e de transformação dessas defesas: tornam-se rígidas, paralisantes e, nesse sentido, são “defesas insalubres [...] contrárias à vida” (FIGUEIREDO, 2011, informação verbal).

Gradativamente, torna-se mais evidente para mim a necessidade de um espaço de compartilhamento e acolhimento das angústias vividas pelos profissionais da equipe, a fim de que os cuidados para com os bebês e suas famílias não sejam comprometidos por tais afetos e ansiedades, os quais, sem lugar, “escapam” por meio de diversos comportamentos (o choro dos profissionais no grupo de pais é um exemplo).

Foi na reunião multiprofissional seguinte que encontrei espaço para fazer um apontamento a respeito dessa temática. Obviamente não por coincidência, um membro da equipe sugeriu que convidássemos profissionais para darem palestras sobre diversas temáticas, como a relação mãe-bebê. Diante da aparente concordância de todos, expliquei de que modo tal proposta poderia configurar-se como um recurso não somente para o aperfeiçoamento técnico, o qual é fundamental, mas também como uma estratégia de instrumentalização que teria resultados no enfrentamento e no reconhecimento das angústias e dos afetos ocasionados por tal tipo de trabalho. Nesse ponto, retomei como o grupo de pais

---

<sup>41</sup> Informação proferida na disciplina Cuidado, Saúde e Cultura, ministrada no curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC/SP, no segundo semestre de 2011.

mobilizou nossa própria angústia por trabalharmos com questões tão dolorosas: cuidar de bebês entre a soleira da vida e a da morte.

Foi também nessa época, após uma situação de óbito na unidade, na qual a mãe sentiu-se extremamente acolhida, que se abriu um espaço para pensar as repercussões dos óbitos nos profissionais. Considero que tal fenômeno evidenciou a mobilização de um trabalho psíquico da e na equipe de saúde.

Seguiram-se alguns meses até que a proposta de frequência quinzenal do grupo de pais fosse, de fato, instalada. Novamente resgatada e discutida por mim em uma reunião multiprofissional, tal ideia pôde ser aceita e implementada na rotina do serviço. Atualmente, os grupos acontecem com frequência quinzenal, sendo um deles no período da manhã e o seguinte no período vespertino.

A essa inovação seguiu-se outra: a abertura da equipe para que a coordenação do grupo fosse realizada pelos diversos profissionais. No primeiro grupo em que a coordenação foi passada para mim, estavam presentes onze pais, além da equipe multiprofissional. O coordenador habitual do grupo apresentou os objetivos do encontro (“trocar experiências”, “tirar dúvidas”, “não é para reclamar neste espaço”, “dar apoio para vocês”), bem como os membros da equipe presentes. Afirmou que alguns já haviam participado dos encontros anteriores e que poderiam dar seus testemunhos sobre a passagem pela UTI neonatal. Em seguida, disse que tínhamos uma novidade: “A Renata vai coordenar o grupo hoje. Vocês sabem, ela é psicóloga, sabe bem sobre isso”. Diante desse fato inesperado, falei para todos: “É surpresa para vocês, assim como é para mim também!”.

Iniciei, então, retomando rapidamente os objetivos propostos e deixei o espaço aberto para quem quisesse falar sobre “como está a passagem pela UTI neonatal”. Foi então que Wellington, pai de uma pequena menina, nascida dois dias antes, pronunciou-se. Afirmou que, embora estivesse há pouco tempo na unidade e não tivesse participado do grupo anterior, sentia-se acolhido nesse serviço. Ele relatou a árdua história do casal para ter um filho – foram 17 anos de tentativa – e o horror da discrepância entre “o sonho de ter um filho e o susto da internação”.

Janete, uma mãe, logo se pôs a falar e foi difícil interrompê-la e dar a voz aos demais. Discorreu sobre a falta de paciência com Maria Clara, sua filha internada havia quase três meses<sup>42</sup>, e a vontade que sentia de desistir. Fez um jogo interessante de palavras, opondo “Estou saturada” a “Ela dessatura a toda hora”. Compartilhou a difícil e dolorosa passagem

---

<sup>42</sup> Este caso será relatado em detalhes mais adiante no texto, no tópico 3.2, “Janete e a pequena Maria Clara: haverá lugar para mãe e filha?”.

pela UTI neonatal, as intercorrências e as alegrias, as dezenas de bebês e pais que haviam chegado e já haviam saído da unidade, onde ela permanecia sem perspectivas: “Uma experiência que não foi tranquila”, como bem afirmou. Passou então a falar sobre o início da fase de “manha” de Maria Clara, que se punha a chorar quando ela ia embora. Nesse momento, um colega de equipe fez uma intervenção precisa, que também transitava em meus pensamentos: “Hoje você fala da manha dela, antes isso nem sequer podia existir: ela precisava sobreviver”. Janete terminou sua fala emocionada, com uma angústia enorme de nunca mais sair do hospital<sup>43</sup>.

Em seguida, Roberta assumiu a palavra, falando da passagem também longa pela UTI neonatal devido à prematuridade do filho. Ela e Janete brincaram que os dois bebês estavam namorando e disputaram quem sairia primeiro. Penso que tal fala de disputa revela um questionamento subjacente: “Quem é a melhor mãe?”. Roberta afirmou que estava bem, como geralmente fazia nos atendimentos comigo. Pareceu-me que fazia uso de diversos mecanismos defensivos a fim de tentar tolerar o traumático daquela situação.

Percebi que certo casal de pais estava silencioso e com traços tristes. Conduzi a palavra a eles ao afirmar que a experiência deles diferia em parte da dos pais de bebês prematuros, como os que havíamos escutado. Eles concordaram e ela discorreu sobre a gravidez e o diagnóstico de malformação gastrointestinal, respondendo a algumas perguntas feitas por um profissional da equipe. Durante o relato, essa mãe emocionou-se diversas vezes ao imaginar que o filho poderia morrer. O casal revelou-se extremamente desamparado em termos familiares, sociais e financeiros. Falaram sobre a gravidez não planejada e o período doloroso da descoberta do diagnóstico. Perguntei: “Vocês imaginam como ele será no futuro?”, na tentativa de ajudá-los a visualizar algum futuro possível, ao que responderam negativamente. Ela apenas disse: “Ele precisa ser alimentado ainda”; só pude concordar com ela – ele realmente ainda precisava de muito leite e afeto para poder crescer.

Após um curto período de silêncio, um profissional da equipe deu a voz a outra mãe e brincou com ela: “Você é séria sempre?”. Depois de a equipe relembrar-se do caso, isto é, do diagnóstico e tratamento do bebê, a mãe afirmou que estava feliz, pois o filho finalmente teria alta, após complicada e inédita cirurgia cardíaca. Janete e Roberta “revoltaram-se” contra a rápida passagem deles pela unidade, muito diferente da lenta e aparentemente interminável passagem delas.

---

<sup>43</sup> Como se verá a seguir, penso que a angústia de Janete é justamente sair do hospital com a filha nos braços: o inédito desse vínculo na história dela. Entretanto, considero que esse tipo de intervenção não cabe nesse dispositivo grupal.

O olhar de Andréia cruzou com o meu e, depois de um sorriso, ela começou a falar de sua experiência. Afirmou que estava em “contagem regressiva para ir embora” e que o filho estava aprendendo a mamar. Emocionou-se ao se lembrar das condições em que ele se encontrava quando ingressou na unidade e como estava naquele momento.

Ao lado de Andréia estava Antonia, que, em seguida, começou a falar. Um membro da equipe perguntou como havia sido a visita da outra filha dela à unidade, ao que Antonia respondeu que a menina havia gostado e querido levar o irmão embora para casa. Roberta também contou sobre sua experiência de trazer os três filhos para visitar o bebê e afirmou: “Não sei o que aconteceu, mas eles nem perguntam mais sobre ele; mas quando alguém pergunta sobre o bebê eles logo dizem que já o viram e contam como ele é”. Diante de tais falas, fiz uma intervenção no sentido de clarear para todos que esse “não perguntar mais” podia ser um efeito da visita, os irmãos estariam menos ansiosos e curiosos, pois já haviam visto, conhecido o irmão. Outro profissional explicou sobre as fantasias que as crianças podem construir sobre a irmã ou o irmão internado, e eu complementei o comentário, afirmando que essas fantasias em geral diminuía quando eles podiam ver o que realmente estava acontecendo.

Um colega retomou a fala e afirmou que estava preocupado com o casal de pais: “Vocês são tão novos”. O casal contou como a gravidez aconteceu sem planejamento e como estavam se sentindo modificados pela experiência da parentalidade, embora estivessem receosos de assumir a responsabilidade de cuidar do filho. Falaram, novamente, sobre o escasso suporte familiar e social. Intervim, questionando como imaginavam que seria com o filho em casa, na tentativa de ajudá-los, aos poucos, a se organizar. Entretanto, logo percebi que nesse momento não conseguiam sequer organizar os pensamentos para responder; eles estavam “soltos”, assim como estavam os órgãos gastrointestinais do filho.<sup>44</sup>

Tempo depois, ao reavaliar o ocorrido no grupo, tive a impressão de que minha última intervenção com esse casal de pais – ao questioná-los sobre os planos e o modo como iriam se organizar – foi possivelmente invasiva, uma vez que pode ter feito com que deparassem com a própria incapacidade naquela situação. Considero que uma intervenção “mais ampla”, que buscasse abrir espaço para o compartilhamento, poderia tê-los auxiliado mais – por exemplo, “Ter um filho sempre gera ansiedade e, quando os próprios pais não se sentem amparados pela família ou estão em condições difíceis, essa ansiedade aumenta” –, e ter focado em ajudá-los a procurar alternativas de apoio.

---

<sup>44</sup> Logo após o grupo, combinei um atendimento para o dia seguinte com a mãe, já que até aquele momento não havia tido contato com esses pais, cujo filho encontrava-se internado havia poucos dias.

Os últimos pais a falar foram os pais de trigêmeos. Como já haviam participado do grupo anterior percebi que, da mesma forma que os demais pais em igual situação, focaram em discorrer sobre a angústia daquele momento, no caso, a alta hospitalar. Julia, a mãe, contou que passou por um momento difícil na semana anterior, pois não soube como se dividir entre um dos filhos, que continuava internado, e os outros dois, que já estavam em casa. Falou da culpa que sentiu ao deixar o filho no hospital e sair para passear com os outros. O pai dos bebês, por sua vez, discorreu sobre a rotina cansativa que vinha enfrentando.

Por fim, presenciamos uma intervenção atenta e delicada de outro membro da equipe: Andréia falou baixinho se dirigindo especificamente a esse profissional: “Não esquece do meu filho”, referindo-se às mamadas. Contudo, tal profissional conseguiu captar o que Andréia dizia para além das palavras e, então, tomou a iniciativa de repassar a palavra para ela. Andréia falou emocionadamente sobre a gestação, sobre o parto, sobre o risco de morte dela e do filho: “Meu marido via nós dois morrendo, preparava minha outra filha para que talvez eu não voltasse para casa”. Emocionada, nos emocionou.

Um colega da equipe sinalizou para que eu encerrasse o grupo, pois o tempo do encontro havia chegado ao fim. Para finalizar, distribuimos a todos um conto sobre a “perseverança” de um pássaro, o qual foi lido por um membro da equipe. Pude perceber em alguns profissionais a mobilização afetiva causada pelo encontro.

Na semana seguinte, conversei informalmente com alguns colegas que haviam participado do grupo. Objetivava naquela conversa mostrar o reconhecimento – testemunhar e refletir (FIGUEIREDO, 2009) – de que esses encontros mobilizavam muitos sentimentos e emoções, mesmo da própria equipe de cuidados. De fato, a maioria dos profissionais com quem conversei conseguiu reconhecer: “O grupo mexe com a gente mesmo”.

Faço aqui uma pequena digressão a respeito das intervenções realizadas com a equipe nas cenas descritas anteriormente, apoiando-me nos escritos de Roussillon (1991) para esta breve reflexão.

No texto intitulado “Espaços e práticas institucionais”, o referido autor lança luz sobre os fenômenos da organização e estruturação grupal e institucional. De acordo com ele, nessa estruturação há sempre um resto não simbolizável e, quando isso não pode ser devidamente elaborado, permanece circulando à procura de um lugar onde se depositar, formando os chamados espaços intersticiais, pois aquilo que não conseguiu se inscrever na estrutura da instituição buscará seu lugar em outra parte.

De acordo com Roussillon (1991), além dos espaços intersticiais – marcados por sua característica de ser “informal”, “extraoficial”, como será mais bem discutido adiante –, há

outro lugar, ou melhor, talvez um pseudolugar, para aquilo que “sobra”, que fica sem elaboração: o quarto de despejo. Este se configura como um espaço/atividade institucional já estruturado, tal qual uma reunião, por exemplo, que contém o que não foi elaborado na vida institucional. Muitas vezes as reuniões são desviadas do seu objetivo principal – como a discussão de casos – para conter tais restos. Nas cenas ora apresentadas considero que a reunião multiprofissional da unidade, por vezes, desempenha esse papel, cuja função não é nada simples, pois, ao fazer a contenção dos restos não simbolizados, o quarto de despejo permite que o restante do funcionamento institucional siga seu curso, sendo com isso minimamente preservado.

Em sua extraoficialidade, os interstícios configuram-se especialmente como aqueles lugares comuns a todos da instituição: corredores, salas, secretaria, entre outros. São lugares de passagem e/ou de descanso que comportam certas intervenções profissionais sem, contudo, assumir oficialmente tal feição. A meu ver, a maior parte das intervenções realizadas com a equipe em relação ao grupo de pais – que me proponho a discutir neste momento – ocorre nesse local intersticial. Tendo esse aspecto em vista, questiono se seus efeitos foram eficazes justamente pelas características específicas desse tipo de intervenção, que, como postula Roussillon (1991), é eficaz porque mantém o paradoxo de ser e não ser profissional. Além disso, entendo que é exatamente por não haver um *setting*, um dispositivo instituído, que as defesas encontram-se rebaixadas e, conseqüentemente, as reflexões e elaborações nesse espaço conseguem promover transformações e possuem efeitos subjetivantes.

Para Roussillon (1991), o psicólogo, nesse espaço, encontra “[...] pacientes ou colegas, oferecendo-se como escuta disponível a quem deseje aproveitar” (p. 147). Parece-me que Mathelin (1999) se aproxima desse modo de intervir ao afirmar que o lugar do analista em um serviço de Neonatologia deve ser “inventado” por ele mesmo: “O lugar do analista, cada vez diferente, deve ser recriado dia após dia. Deverá permanecer flutuante e maleável. [...] Num corredor, num consultório, numa antecâmara, pouco importa [...]” (p. 89).

Feita essa breve digressão teórica e com vistas a finalizar este tópico, voltemos aos grupos. Os encontros subsequentes foram marcados pela alternância entre os membros da equipe na coordenação. Considero tal fato ilustrativo da melhor integração e do fortalecimento da própria equipe em sua condição de grupo, assim como evidência de que todos os profissionais estão, cada um a sua maneira, implicados nas questões subjetivas e nos sofrimentos dos pais e de seus bebês.

Fato recente foi a implementação dos “dez minutos depois do grupo” para nós, profissionais. Embora sugerido por mim certo tempo antes, tal dispositivo foi retomado por

um colega de equipe e, em seguida, efetivamente instalado (embora ainda haja encontros em que os “dez minutos” não acontecem, entendo que isso faz parte do processo de implementação). Após o término do grupo de pais, estes se retiram e os profissionais conversam entre si por “dez minutos” sobre o ocorrido no grupo: manejos, intervenções necessárias com cada mãe, pai ou casal parental e repercussões na equipe. Um espaço-tempo que oferece a possibilidade de pensar os intensos afetos mobilizados.

Outra proposta surgida pela experiência com o grupo de pais foi discutida em uma reunião de equipe realizada justamente para pensarmos sobre nossas intervenções nesse dispositivo. Novamente foi enfatizada a importância dos “dez minutos”: tanto os dez minutos antes do encontro para conversarmos sobre alguns casos, como os dez minutos depois dele. Com base na fala de cada membro da equipe sobre suas próprias opiniões a respeito do grupo – clareamento dos objetivos, intervenções e manejos, reações emocionais suscitadas, percepção dos efeitos nos pais e na própria equipe –, foi levantada a necessidade de instrumentalização técnica e emocional para todos.

Interessante notar que, nesse ponto, pode-se inferir que há, mesmo que de forma velada e subjacente, uma “reorganização” das funções de cuidado: após a instalação do grupo de pais, em que os profissionais lá estão supostamente como cuidadores, notou-se de forma mais concreta a necessidade de que os próprios membros da equipe sejam alvo de cuidados. Diante disso, é legítimo o questionamento: quem cuida de quem?

Tal fenômeno nos direciona para o conceito de objeto transformacional proposto por Bollas (1987), isto é, encontros no decorrer de nossas existências que nos remetem às experiências mais remotas de todos os sujeitos, em que ocorrem transformações de seus mundos interno e externo com base nas experiências com o objeto que, inicialmente, promoveu cuidados. Segundo o referido autor, permanece sempre nos sujeitos o registro de ter o próprio *self* transformado pelo outro, e isso se estende do primeiro objeto cuidador (de modo geral, a mãe) para os outros que vão surgindo ao longo da vida, e até mesmo para determinados objetos da cultura.

Figueiredo (2011, informação verbal<sup>45</sup>) postula que certos dispositivos detentores de suporte espaço-temporal podem operar como objetos transformacionais, “um ambiente capaz de produzir transformações na experiência do *self* dos sujeitos que nele habitam ao lhes oferecer formas especializadas de cuidado”. Nesse sentido, hipotetizo que o dispositivo

---

<sup>45</sup> Informação proferida na disciplina Cuidado, Saúde e Cultura, ministrada no curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC/SP, no segundo semestre de 2011.

“grupo de pais”, com seu espaço-tempo constituído, foi se solidificando como objeto transformacional à medida que produziu efeitos nas posições subjetivas de todos os envolvidos – pais e equipe.

Seguindo a mesma linha de pensamento, qual seja, o encontro com um outro que promove transformações subjetivas, o casal Balint (1993) assevera que em todas as relações, até nas mais primitivas, presenciam-se formas de reciprocidade e mutualidade entre os dois polos da relação, ou seja, estão sempre ocorrendo cuidados mútuos em maior ou menor grau de simetria. Então, para que ocorra a passagem da relação primitiva/dual para os chamados “justos compartilhamentos” (*fair shares*), faz-se necessária uma boa estrutura triangular (edípica). Por isso é impossível imaginar alguém que cuide que não seja atravessado pela cultura; o cuidador sempre é um ser social, necessariamente está inserido em uma dimensão coletiva, sendo também ele objeto de cuidados em alguma medida. Como bem exposto por Figueiredo (2011, informação verbal):

É apenas assim que os ‘objetos de cuidados’ – bebês e crianças pequenas – podem ser instituídos como agentes cuidadores capazes de *concern*, preocupação com os outros, tornando-se sujeitos aptos a assumir responsabilidades pelo cuidado de outros objetos, entre os quais seus próprios cuidadores, mãe e pai.

Esse autor estende as contribuições de Balint (1993) para pensar sobre as relações de cuidado que se estabelecem entre mãe e filho, entre professor e aluno, e, considerando os casos específicos da presente dissertação, entre o profissional da saúde (aquele que cuida) e o paciente (aquele que é cuidado). Figueiredo (2011, informação verbal) propõe uma quebra radical na suposta assimetria entre ambos os polos dessa relação ao constatar que o profissional da saúde, ao exercer um bom cuidado, é necessariamente alvo de *concern* do paciente. Eis os *fair shares* em ação:

[...] quando as modalidades instituídas de *justo compartilhamento de cuidados* entre agentes – e pacientes – socioculturais tendem a prevalecer sobre as configurações marcadamente assimétricas, em que alguns agentes ficam cronicamente privados das oportunidades de receber e de oferecer cuidados. (FIGUEIREDO, 2011, informação verbal).

Portanto, suponho que o grupo de pais – a princípio, oferecido para cuidar somente destes – esteja funcionando como um importante cuidado para com a equipe ao aproximá-la das próprias dores de ser um cuidador. Um dispositivo em que os pais, de alguma forma,

também cuidam da equipe, pois permitem a circulação de um cuidado que não é unidirecional e pode ser pensado em termos de compartilhamento (*fair shares*, como já visto).

Do mesmo modo, Battikha (2011), ao refletir sobre a relação entre médicos residentes em Neonatologia e os pais dos bebês internados em UTI neonatal, constatou que, apesar da assimetria natural e necessária existente entre aquele que cuida e aquele que precisa dos cuidados, há uma simetria que se mantém invariavelmente, por mais que se tente evitá-la: “O contato cotidiano com a dor, o sofrimento, a angústia, a doença, perspectivas de vida e de morte do outro remete o médico, consciente ou inconscientemente, às suas próprias perdas, lutos e temores” (p. 100).

Assim, a abertura de um espaço-tempo para a expressão e o acolhimento dos afetos suscitados pela assistência a bebês prematuros e/ou doentes promove, segundo minha compreensão, a instauração de elos simbólicos (representações) para aquilo que é difícil de inscrever psiquicamente, dado o caráter traumático da intensidade e da qualidade dos afetos vivenciados. Dessa forma, apenas uma equipe capaz de dar lugar às próprias vivências e de simbolizá-las estará apta a oferecer condições de simbolização aos pais, para que estes, por sua vez, consigam oferecer e transmitir essa capacidade aos próprios filhos, ajudando-os a constituí-la.

A necessidade de compartilhamento das vivências afetivas experienciadas pelos profissionais nos encontros do grupo de pais evidencia um início de reconhecimento de toda a angústia e de todo o sofrimento que são despertados pelo contato incessante e pelo trabalho constante com recém-nascidos na linha tênue entre vida e morte. Sutil, porém fundamental aproximação de “cuidados *com* pensamento”, parafraseando Druon (1999) e nos alinhando com as postulações de Figueiredo (2011, informação verbal).

## 2. A visita de irmãos

*Que medo alegre, o de te esperar. Por enquanto estou inventando a tua presença...*

Clarice Lispector

Tão logo adentrei a equipe de cuidados intensivos em Neonatologia, fui solicitada a desenvolver um projeto de visita de irmãos na unidade. Diante de tal demanda da equipe – e, de acordo com eles, demanda essa também dos pais, que de fato pude confirmar logo nos primeiros meses de atuação na unidade –, elaborei um projeto interventivo nessa direção,

atualmente em funcionamento. Naquela época, tratou-se de um projeto piloto e, dessa forma, foi submetido a alterações advindas da experiência prática.

De fato, o *Manual do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru*, elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado em 2002, ressalta, dentre as sugestões de humanização apresentadas, a importância da presença da família ampliada (avós e irmãos) no contexto de internação do recém-nascido. Como nos lembram Braga e Morsch (2003) e Morsch e Delamonica (2005), a Academia Americana de Pediatria, outra entidade de extrema relevância em nosso meio, também recomenda a visita de irmãos na UTI neonatal desde 1985. Em 1992, Klaus e Kennel expressaram na seguinte passagem a importância da visita de irmãos ao bebê hospitalizado: “[...] a visita ajudará tanto a tornar o bebê real para as crianças, como os ajudará a se sentirem parte da família” (p. 148).

Tais diretrizes vêm ao encontro de nossas observações como equipe. Presenciamos rotineiramente solicitações dos pais quanto à possibilidade de inserção dos irmãos no contexto de internação, tanto de forma direta, por meio de questionamentos, como de forma indireta, via “transgressões” de regras (por exemplo, tirar fotos do bebê e levar para os outros filhos). Ademais, somos também informados a respeito de mudanças nos comportamentos dos irmãos, como dificuldades escolares, agressividade, hostilidade para com a mãe e o bebê, e regressão em certos comportamentos, como Klaus e Kennel (1992), Braga e Morsch (2003) e Morsch e Delamonica (2005) já haviam alertado.

Sabe-se que a chegada de um novo membro na família implica certa reorganização de todos: trata-se de um momento de crise. Para algumas crianças a chegada de um irmão pode ser vivenciada como um evento estressante, uma vez que surgem fantasias de abandono, de perda de amor e atenção dos pais. Por vezes, notam-se alguns comportamentos de hostilidade e de agressividade para com a mãe e com o irmão, e tornam-se evidentes questões relativas ao vínculo fraterno como competição, rivalidade e ciúme (KLAUS; KENNEL, 1992).

Concomitantemente, a criança também deseja a chegada do irmão, que é tomado como um companheiro. Assim, fica-se diante de uma imensa ambivalência: ora quer o irmão, ora não o quer. Esse é um fenômeno típico a qualquer experiência fraterna. O complicador, na situação em que o bebê demanda cuidados especiais em uma UTI neonatal e, portanto, não retorna para casa com a mãe, é que o irmão pode sentir-se responsável por tal ocorrência. Surgem fantasias de culpa: o irmão imagina que determinados pensamentos e sentimentos negativos que teve por não ter desejado esse bebê em certos momentos causaram-lhe mal (KLAUS; KENNEL, 1992).

As fantasias de abandono e de perda de atenção dos pais muitas vezes se concretizam. Isso porque estes passam grande parte do tempo junto do bebê e, mesmo quando distantes fisicamente da UTI neonatal, seus anseios e preocupações continuam lá. As crianças são sensíveis a essa presença ausente. Angustiam-se pela separação dos pais, pela diminuição da atenção, por não saber ao certo o que está acontecendo, e criam fantasias de que são responsáveis por tudo isso (KLAUS; KENNEL, 1992; MORSCH; BRAGA, 2003; VALANSI; MORSCH, 2004; MORSCH; DELAMONICA, 2005).

Apesar de os pais serem orientados a conversar com os filhos sobre o que está ocorrendo, muitas vezes não o fazem, quer por não conseguirem verbalizar essa experiência dolorosa, quer por acreditarem que podem “traumatizar” seus filhos. Trabalhos com crianças evidenciam que uma situação ocultada, sem palavras verdadeiras que transmitam a situação dolorosa, adquire um caráter patogênico. Lembremos que “[...] a maioria das crianças, assim como os adultos, sofre mais com suas fantasias do que saiu errado, do que com a experiência direta com o problema real” (KLAUS; KENNEL, 1992, p. 139). Assim, o não saber é mais prejudicial, pois intensifica a produção de fantasias e a criação de sintomas (DOLTO, 1986; MANONNI, 1980). Nas palavras de Dolto (1986):

[...] todas as situações em que a criança é envolvida e cuja divulgação lhe é interdita ou, pior ainda, cuja realidade lhe é escondida, os quais, não obstante, ela sofre, sem que lhe seja permitido neles se reconhecer ou reconhecer a verdade que ela percebe de maneira muito sutil e cujas palavras justas, para traduzir a sua experiência com eles compartilhada, ao lhe faltarem, levam-na a sentir-se estranha, objeto de um mal-estar mágico, desumanizante. (p.17).

Diante disso, foi elaborado o projeto interventivo da visita de irmãos na unidade, intitulado Proposta de Integração e Acolhimento de Irmãos de Bebês Internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – O resgate da história familiar e do vínculo fraterno<sup>46</sup>, cujo objetivo centra-se em realizar visitas monitoradas dos irmãos dos bebês internados na UTI neonatal, para esclarecer ao irmão onde o bebê encontra-se e os motivos da internação; reassegurar seu lugar junto dos pais e na experiência familiar; facilitar o desenvolvimento do vínculo fraterno; diminuir possíveis sentimentos de culpa.

Tal proposta justifica-se por tratar-se de uma medida profilática e terapêutica em termos de saúde mental dos envolvidos (BRASIL, 2002). Profilática pois visa prevenir dificuldades na instalação do vínculo fraterno e do bebê na história familiar; terapêutica pois

<sup>46</sup> Tal projeto encontra-se publicado nos anais do VIII Encontro Nacional sobre o Bebê e I Encontro Internacional sobre o Bebê, São Paulo, 2010.

propicia aos familiares certa elaboração psíquica da experiência de internação em UTI neonatal.

Descrevo a seguir o procedimento da intervenção, apresentado no projeto piloto<sup>47</sup>.

A visita monitorada de irmãos ocorre duas vezes por semana, dividida em grupos conforme faixas etárias (3-6 anos; 7-11; 12-18; adultos), com quatro participantes por vez. Possui três momentos distintos:

(a) recepção: esclarecimento de dúvidas/fantasias, realização de atividades lúdicas e desenhos, apresentação de material explicativo sobre UTI neonatal (de acordo com o nível de entendimento próprio às diferentes faixas etárias). Nesta etapa, solicito aos irmãos que façam um desenho com a seguinte pergunta: “Como imagino meu irmão?”;

(b) entrada na UTI neonatal: esclarecimentos sobre regras e assepsia, acompanhamento do irmão por um dos pais até o bebê. Em cada unidade há membros da equipe disponíveis para eventuais intercorrências e/ou esclarecimentos. Aqueles irmãos que desejam, podem levar consigo algo que confeccionaram no primeiro momento, por exemplo, um desenho (objeto que garante segurança);

(c) conversa sobre a experiência: espaço aberto para os irmãos expressarem aquilo que vivenciaram, verbal, gráfica ou ludicamente. Crianças menores poderão voltar a desenhar e/ou brincar, já que esses são seus meios típicos de expressão. Novamente, solicito um desenho sobre o bebê, baseando-se na pergunta: “Como é meu irmão?”.

Nas etapas (a) e (c), que ocorrem fora da unidade, são disponibilizados material gráfico e brinquedos, sendo estes últimos utilizados livremente pelas crianças.

A experiência prática tem revelado ser mais vantajosa a visita de irmãos por família, separadamente. Isso porque, além de permitir um acompanhamento mais cuidadoso das questões de cada núcleo familiar, não é raro um alto número de irmãos por família, ultrapassando a quantidade permitida de visitantes na unidade. Diante disso, a separação por faixas etárias foi substituída: o trabalho se dá com grupo de irmãos da mesma família.

Para que a visita ocorra é necessário que eu tenha, previamente, atendido o pai ou a mãe do bebê e conhecido minimamente a história familiar. Ademais, a demanda de trazer os outros filhos para a unidade é trabalhada com a finalidade de avaliar o sentido envolvido para todos. Verifico, também, se houve mudanças significativas nos irmãos após o nascimento do

---

<sup>47</sup> A proposta que será apresentada a seguir baseou-se no Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal “Lembraram-se de Mim!”, pioneiro no Brasil quanto ao seu modelo. Instalado em 1996 em uma clínica particular do Rio de Janeiro, é o único publicado cientificamente na literatura do referido tema no Brasil (MORSCH; CARVALHO; LOPES, 1997; MORSCH; DELAMONICA, 2005). Contudo, vale destacar que foram feitos alguns ajustes com a finalidade de se adequar às especificidades da instituição e da população atendida nesse hospital.

bebê, como alterações comportamentais e emocionais. É comum os pais relatarem sentimentos como tristeza, ansiedade e curiosidade, além de dificuldades escolares surgidas durante esse período. Menos frequentes, porém presentes, são as alterações psicossomáticas, como enurese e febre.

Analisada a demanda dos pais, informo o dia e horário em que ocorrem as visitas, bem como explico o procedimento adotado. Oriento os pais a conversar com os demais filhos sobre o ocorrido com o bebê e com a mãe, falar do local em que se encontra o bebê, comentar como ele é e como está no momento.

A decisão de permitir a entrada do irmão na unidade quando o bebê encontra-se em estado grave é sempre difícil, tanto para os pais quanto para nós, equipe. Um questionamento sempre se impõe: será melhor esperar o bebê se recuperar, e arriscar que talvez o irmão nunca conheça o bebê caso este faleça, ou realizar a visita? Nessas situações, ponderamos com os pais os prós e os contras da visita e, caso optem por trazer os outros filhos, avaliamos os irmãos. Permitimos a entrada deles na unidade conciliando o desejo parental e o do irmão, acrescidos de um resultado favorável da avaliação prévia deste.

Isso porque se constatou, com base na experiência e na literatura, que deixar o irmão entregue às próprias fantasias, sem oferecer um contorno apoiado em dados de realidade, é mais prejudicial em termos de saúde mental do que o contato com a realidade. O retorno do irmão à unidade por mais de uma vez tem nos permitido identificar e inferir certos efeitos, incluindo alguns almejados, da visita.

Recentemente, nos casos de ciúme e de culpa evidentes nos irmãos, comecei a trabalhar com os pais no sentido de lhes fornecer recursos para que eles mesmos possam lidar com os sentimentos fraternos. Assim, esclareço que o ciúme é parte da situação de fraternidade, que há medo de perder o amor dos pais por causa da chegada de um bebê e que a ausência dos pais na casa nos casos de internação do recém-nascido concretiza tal receio.

Se há irmãos pequenos – os quais, conforme relato parental, pude perceber que expressam claramente ciúme e culpa e criam sintomas –, auxilio os pais na construção de uma história a ser transmitida para os demais filhos, uma história que deve incluir a situação conflitiva que a criança vive. Para tanto, pode-se utilizar um personagem de que a criança gosta e incluir os seguintes pontos: gravidez da mãe, chegada de um bebê, medo de perder o próprio lugar, desejo de que esse bebê não chegue, hospital, mãe sem bebê, sentimento de culpa, possíveis alterações de comportamento, visita ao bebê. Quando percebo que os pais não se sentem à vontade para utilizar esse recurso, eu mesma o faço durante a visita, na presença dos pais.

Considero que tal intervenção, assim como as outras realizadas com os irmãos, que se farão notar ao longo do relato da clínica, comporta em si o oferecimento de condições para simbolizar e representar a vivência de separação do bebê e das figuras parentais. Ademais, auxilia no contato com os dados de realidade, diminuindo, dessa forma, possíveis fantasias e sentimento de culpa.

O acolhimento do irmão na unidade, que implica uma ação conjunta de toda a equipe – embora as ações mais diretas sejam realizadas por mim –, contempla, segundo compreendo, as funções de *holding* (WINNICOTT, 1960) e de *rêverie* (BION, 1962), promovendo e instaurando o pensamento acerca da situação em que todo o núcleo familiar encontra-se. Assim, parece-me essencial dar contornos e forma à experiência do irmão, fornecendo-lhe explicações e nomeando o que está acontecendo com o bebê, com os pais e com ele próprio, além de incluir todas as mudanças ocasionadas pela chegada e pela hospitalização do bebê, a fim de que o traumático da situação não se estenda ou se intensifique. Nesse sentido, faz-se fundamental falar ao irmão sobre o bebê e suas condições e características; sobre os pais e as possíveis alterações da rotina, de comportamento e do estado emocional deles; e, por fim, sobre a própria experiência do irmão e os sentimentos por ele vividos.

Parto do pressuposto de que também o irmão encontra-se em um processo de luto (FREUD, 1917[1915]). Inicialmente, o luto advém pelo próprio nascimento de um irmão, com quem precisará dividir uma série de coisas e, em especial, o amor dos pais. Mas, nos casos de internação do bebê, estamos diante de mais um luto no irmão: pelo recém-nascido que é marcado por algo diferente (hospitalização, doença) e por mais cuidados parentais dispensados a esse bebê, muitas vezes sentidos pelos irmãos como abandono dos pais a eles.

Passemos, então, ao relato e à análise de dois casos de visita de irmãos.

### **2.1. A adoção do bebê pela irmã: Manuela vai ao encontro de Leticia**

Leticia é a segunda filha de Tiago e Márcia, fruto de uma gravidez planejada e desejada, após oito anos do nascimento da primeira filha, Manuela. Leticia nasceu a termo e foi encaminhada à UTI neonatal devido ao diagnóstico de cardiopatia fetal, enunciado no sexto mês de gestação. Mais adiante, outra notícia desoladora: Leticia possui pé torto congênito, que pode ser indicativo de alguma síndrome, justificando, dessa forma, a malformação cardíaca.

No primeiro atendimento psicológico à Márcia, quando ainda estava internada após o parto, percebi, por seu discurso, o profundo abismo que se criou após a revelação dos

diagnósticos. Márcia não conseguia reconhecer Leticia como aquele bebê pelo qual tanto esperou e com quem tanto sonhou. Com poucas palavras, entremeadas por feições tristes e choros constantes, Márcia revelava estar à espera da sonhada Letícia. Acolhi e reconheci a profunda dor dela, nomeando a distância entre bebê ideal e real. Márcia afirmou que não poderia vir ao hospital frequentemente devido à distância de sua residência, embora possuísse uma rede familiar e social satisfatória. Tal comportamento parecia apontar a dificuldade de entrar em contato com a Letícia “real” e se vincular a ela. Foi a própria Márcia que, no final do atendimento, elaborou tal compreensão, e eu disse: “É de outra distância que se trata, não é mesmo, Márcia? Distância da Leticia que você sonhou e esperou e desta que nasceu”. Afirmei que esperaríamos por ela; ela aceitou que eu fizesse um contato telefônico.

Após dez dias distante da UTI neonatal, Márcia compareceu à unidade. Nesse intervalo de tempo, estabeleci um contato telefônico com ela, a fim de saber como estava passando pelo período, e retomei a compreensão de sua ausência. Ela apenas concordou e disse que viria em breve.

Leticia respirava com o auxílio do CPAP<sup>48</sup> e permaneceu estável em seus primeiros dias de vida. Porém, a função respiratória piorou devido à complexidade da cardiopatia, que se revelou mais grave e que exigia algumas correções cirúrgicas. A face de Leticia não deixava dúvidas de que havia alguma síndrome genética a esclarecer, e o exame de cariótipo foi realizado. Já intubada, Leticia viveria ainda diversas intercorrências durante a internação, como hemorragias, necroses e infecções. Contudo, no decorrer de tais eventos, Márcia já acompanhava a filha.

Os primeiros atendimentos a Márcia na unidade voltaram-se para o oferecimento de um espaço de acolhimento, sustentação, nomeação e contenção das diversas dores e dos lutos oriundos do nascimento de Leticia. Márcia começou a realizar um doloroso trabalho de luto (FREUD, 1917[1915]) pela perda da Leticia ideal e pela perda de todos os planos e perspectivas de vida que aquele bebê que não nasceu comportava. Lembremos do fundamental trabalho voltado ao luto das mães em UTI neonatal desenvolvido por Mathelin (1999).

A Leticia real começava a ganhar espaço psíquico em Márcia, o que se evidenciava em sua frequência na unidade, nas falas e nos gestos que dirigia à filha, nos cuidados possíveis que dispensava à Leticia (como segurar a sonda para passar o leite). Propiciar a aproximação da mãe ao bebê real é função do psicólogo (WIRTH, 2000).

---

<sup>48</sup> Em português, “pressão contínua das vias aéreas”, um tipo particular de ventilação respiratória.

Seguimos também na direção de um possível luto por uma perda concreta, dado que Márcia já começava a perceber a gravidade da condição clínica de Leticia. “Fico pensando se ela viverá fora do hospital” ou “Sei que o que ela tem é muito grave [...] eu tenho esperanças, eu preciso ter”.

Foi no momento em que a equipe de cardiologia agendou uma possível data para a intervenção cirúrgica que Márcia solicitou a vinda de Manuela à unidade, embora tal possibilidade tivesse sido oferecida tempos antes. Trabalhei com Márcia para verificar o sentido da demanda da visita de Manuela à irmã naquele momento. Ela discorreu sobre o medo de que a filha não sobrevivesse à cirurgia e os efeitos nefastos que poderiam sobrevir à Manuela por não ter conhecido Leticia. Acrescentou que percebia Manuela muito ansiosa e curiosa, perguntando sempre onde a irmã estava e por quê. Nesse ponto, notam-se os efeitos do afastamento da mãe e do bebê em relação ao irmão, após o nascimento do primeiro (KLAUS; KENNEL, 1992).

Retomei as orientações de manejo com o irmão fora do hospital e Márcia relatou que mantinha Manuela bem informada. Apenas se mostrava intrigada com um questionamento da filha, que aqui reproduzo, segundo o discurso de Márcia: “Mãe, o xixi da Leticia é normal? Ela faz xixi que nem a gente?”. Pareceu-me que a fala de Manuela corroborava as inquietações de Márcia no tocante ao reconhecimento de Leticia como um bebê “normal”: seria Leticia um bebê como os outros? Seria possível reconhecê-la como um bebê apesar de toda a singularidade que a marcava? Após minha intervenção, Márcia afirmou: “Realmente eu só falei das diferenças de Leticia para Manuela”. Procurei ajudá-la a perceber que o questionamento de Manuela revelava também um receio dela própria.

A visita de irmãos foi, então, agendada. No dia combinado, cheguei à unidade e vi Leticia em um estado ainda mais grave, com uma aparência de sofrimento e choro. Busquei informação com a equipe de saúde, que me revelou um quadro de hemorragia no dia anterior e necrose em três dedos de uma das mãos (recoberta por uma “luva” de gaze). Logo em seguida Márcia chegou à unidade; ponderei com ela a visita naquele dia e realizei a primeira etapa da visita com Manuela, a fim de verificar se as condições emocionais e os recursos dela eram favoráveis à entrada na unidade.

Manuela mostrou-se comunicativa, interativa e receptiva ao contato comigo. Quando questionada sobre quem sou e o que faço, assim disse: “Você é psicóloga, minha mãe contou”; eu questionei: “E você sabe o que faz um psicólogo?”, ao que ela respondeu: “Conversa com as pessoas que estão tristes”. Concordei com ela e me aproximei da situação vivida por eles: “Sim, eu converso mesmo; converso com sua mãe, que está triste porque sua

irmã precisou ficar aqui no hospital depois de nascer. O que você sabe do que está acontecendo com Leticia?”. Manuela apresentava bastantes informações acerca do quadro clínico da irmã; fez referência à malformação cardíaca, aos pés tortos, ao tubo para respirar. Acrescentei a informação sobre a luva em uma das mãos e forneci características dela. Reiterei os motivos de internação de Leticia, a fim de desconstruir qualquer fantasia de culpa.

Apresentei a ela diversas imagens sobre o ambiente de uma UTI neonatal. Manuela mostrou-se curiosa e fez várias perguntas. A possibilidade de questionar espontaneamente as próprias dúvidas e tê-las esclarecidas configurou-se como um bom indicativo de recursos egoicos e cognitivos.

Solicitei a Manuela que fizesse um desenho de como imaginava a irmã. Mostrou-se dedicada nessa tarefa, desenhando calmamente e com cuidado. Esse primeiro desenho revelou traços defensivos: nele, Leticia possuía um cabelo “capacete”, um olhar que desviava e não se fixava, e havia um “buraco” na junção do corpo com a fralda. Esse “buraco” podia revelar um vazio de experiência e de sentido, preenchido, então, por fantasias. Manuela desenhou a irmã com três dedos em cada mão e não desenhou os pés.

Seguimos para a UTI neonatal. Expliquei a ela as regras vigentes naquele cenário e auxiliiei Manuela para que lavasse as mãos e vestisse o avental. Márcia acompanhou-nos até o leito de Leticia.

Assim que entrou na sala, reconheceu a irmã de longe – “É ela!” – e pediu para tocar nela. Após a assepsia com álcool, Manuela passou a maior parte da visita acariciando a cabeça da irmã, que parou de chorar na presença dela. Concomitantemente, Manuela mostrou-se curiosa e fez várias perguntas sobre os aparelhos ao redor de Leticia, esclarecidas por mim.

Observou atentamente as características da irmã e disse: “Ah, as mãos e os pés são tortos porque esse osso e esse [do punho e do tornozelo] entortaram”. Considero de extrema relevância essa fala de Manuela, pois de alguma forma ela foi capaz de formular uma explicação para parte dos problemas de Leticia, afastando-a de fantasias culposas. Atribuiu também traços de similaridade, o que Márcia ainda não conseguia fazer, incluindo e adotando Leticia nesse núcleo familiar: “Ela é parecida comigo, olha o cabelo dela”. Embora pudesse haver negação por parte de Manuela em relação às complicações da irmã, esse mecanismo foi importante naquele momento, pois, de alguma forma, permitiu à Manuela acentuar a ligação com Leticia, apesar das diferenças.

Interessante ressaltar que a presença do irmão na unidade tem efeitos benéficos não apenas sobre ele, mas também sobre a mãe e, conseqüentemente, o bebê e o vínculo entre eles. No caso ora analisado, quando Manuela apresentou um movimento de adoção e

reconhecimento da irmã como conhecida e pertencente a esse núcleo familiar, percebi que Márcia começou a identificar em Leticia traços de similaridade, aproximando-se da adoção da Leticia “real”. Assim, faz-se fundamental facilitar a interação familiar e promover o resgate ou a instauração de vínculos entre os membros da família (CONDES, 2011; VALANSI; MORSCH, 2004).

Durante a visita, contei a Leticia sobre a vinda de Manuela e as reações de ambas ao encontro. Gradativamente, cedi espaço e Márcia começou a nomear o encontro, posicionando-se mais ativamente na presença das filhas. Promovi a devida despedida entre as irmãs e segui com Manuela para fora da unidade.

Na última etapa da visita, Manuela disse que gostou de ter vindo e que desejava voltar mais vezes. Eu disse a ela que poderia voltar e que combinaria com Márcia, e Manuela acrescentou que achou a irmã “Legal e linda e eu sinto saudade dela”. Intervim no sentido de legitimar o sofrimento dela por estar longe da irmã e também da mãe, que vinha cotidianamente ao hospital: “É para cá que sua mãe vem, ela fica aqui com a Leticia, isso deve ser difícil para você também”.

Sobre a visita, ela afirmou que gostou de ver a irmã, mas que não gostou de algo: “Dos aparelhos, pois queria que ela não precisasse disso para viver”. Novamente, Manuela produziu uma fala que nos revelou mais um efeito da visita: o contato com os dados de realidade. Tal fato adquire extrema importância já que pode desfazer fantasias culposas dos irmãos.

Solicitei mais uma vez um desenho: “Desenhe sua irmã”. Presenciamos um desenho mais próximo da realidade, com traços e características de Leticia e daquilo que Manuela viu na unidade. Os olhos pretos de Leticia no desenho, que se fixavam a quem os olhava, revelaram a intensidade do encontro, e a cor preta apontava para algo não tão alegre, evidenciando um desenho menos defensivo. Novamente, não incluiu os pés e desenhou uma mão com três dedos e a outra com quatro.

Assim, nesta última etapa, constatei que, quer pelo discurso verbal, quer pela técnica gráfica projetiva, Manuela reconheceu as diferenças e dificuldades da irmã. Encerrei a visita e deixei aberta a possibilidade de retorno.

A segunda visita de Manuela à Leticia foi realizada três semanas após a primeira. Leticia permanecia em estado grave; a cirurgia cardíaca havia sido adiada devido às condições clínicas da paciente. Durante o período entre as duas visitas, Márcia relatava nos atendimentos que havia percebido Manuela mais tranquila, embora ainda fizesse bastantes perguntas. Contudo, revelou um tom diferente nos questionamentos da filha, tom esse mais de

preocupação, afastando-se da mera curiosidade e de um perguntar excessivo. Considero que esse perguntar excessivo visa dar vazão a uma angústia vinculada a fantasias de culpa que o irmão tem em relação ao bebê internado. A diminuição desse comportamento em Manuela pareceu ser mais um efeito da visita de irmãos.

Logo que me viu, Manuela veio em minha direção e me abraçou. Disse que estava com saudade de Leticia e que gostaria de vê-la novamente. Afirmou que Márcia lhe contava sobre a irmã; disse saber que ela ainda não havia operado o coração, que estava com o tubo para respirar e com a luva na mão. Concordei com ela e reiterei os motivos da internação de Leticia.

Pedi a ela um novo desenho: “Como imagino minha irmã hoje?”. Após alguns minutos de dedicação na elaboração do desenho, Manuela o finalizou. Solicitei a ela que escrevesse o próprio nome, a idade e a data. Chamou-me atenção o fato de ter escrito 2012 em vez do ano correto, 2011. Esse terceiro desenho revelou-se ainda mais próximo da realidade, comportando menos traços defensivos e mais indícios de elaboração da experiência: o cabelo já não era um capacete, havia presença dos pés e a fralda localizava-se na parte correta do corpo.

Sobre o desenho, Manuela criou uma história: ela estava brincando de boneca com a irmã, embora esta ainda fosse pequena e não soubesse brincar como ela. Afirmou que estavam felizes e a mãe preparava o almoço para elas. Após a finalização da história, entramos na unidade, em companhia de Márcia, seguindo as regras de assepsia e de silêncio.

Manuela seguiu em direção à irmã e a cumprimentou. Logo fez carinho na cabeça de Leticia, como na visita anterior. Observou atentamente os aparelhos e as características da irmã. Procedi com o esclarecimento de dúvidas e a nomeação dos aparelhos e de suas funções, além de alguns profissionais que passavam pelo leito, por exemplo: “Esta é a enfermeira que cuida de sua irmã”. Poder apresentar os profissionais que assistem ao bebê e ser recebido acolhedoramente por eles é de suma importância ao irmão, dado que se sentir acolhido por aqueles que cuidam do irmão doente auxilia na dissolução do sentimento de culpa.

Novamente Manuela buscou características em comum na irmã, na tentativa de inseri-la em um registro familiar e conhecido. Márcia apontou para uma característica incomum e trivial de Leticia, e Manuela prontamente disse: “Mas isso não é importante”. Em seguida, questionei: “Não é importante? E o que seria importante, Manuela?”, ao que ela respondeu: “O coração dela bater bem e ficar bom”. Mais uma vez, Manuela deu indícios dos efeitos da visita na aquisição de dados de realidade e na dissolução de possíveis fantasias de

que possuísse alguma responsabilidade pelo estado da irmã. Ao final, promovi a devida despedida entre elas.

Assim que saímos Manuela pediu para desenhar, o que pode revelar a necessidade de expressar e de dar vazão àquilo que a experiência suscitou. Novamente, presenciamos os efeitos da visita, sendo esse, dentre todos, o desenho mais próximo da realidade e menos defensivo. Uma das mãos continha cinco dedos, sendo a outra recoberta pela luva de gaze; os pés, presentes, apresentavam três dedos cada um, e o sensor do monitor cardiorrespiratório em um deles. Parece-me que aquela produção gráfica organizava a realidade, incluindo as deficiências e as limitações de Leticia, pois Manuela “dividiu” a irmã em duas partes: metade dela comportava o lado “doente”, com a presença da luva e do sensor no lado direito; a outra metade, o lado esquerdo do corpo, aparecia sem qualquer vestígio de doença ou hospitalização, apontando para o lado “saudável”. Simbolicamente, penso em termos de realidade *versus* esperança.

Manuela não contou nenhuma história sobre esse desenho. Compreendi que ele continha uma carga de angústia grande, fruto do contato com a irmã na situação de hospitalização, e, dessa forma, restringia parcialmente sua capacidade imaginativa.

Interessante ressaltar que ao escrever a data neste último desenho Manuela percebeu o lapso que havia cometido no primeiro e mostrou-se confusa: 2011 ou 2012? Intervim nesse momento e a auxiliei a compreender a troca de datas, dizendo: “Parece que você se confundiu com os anos, não é mesmo, Manuela? Em seu primeiro desenho você escreveu 2012 e contou que estava brincando com Leticia, já fora do hospital. Isso pode acontecer apenas no futuro mesmo, não agora; agora em 2011 ela está como você a desenhou após a visita: com a luva na mão e o sensor, dentro do hospital”. De alguma forma, parece que Manuela percebeu o primeiro desenho como esperançoso demais e, depois da visita, constatou o lapso, deixando de projetar um futuro tão distante para Leticia. A intervenção realizada buscou ajudar Manuela a se localizar em relação às próprias fantasias e aos dados de realidade, ao mesmo tempo que não retirou a esperança de que Leticia deixasse o hospital. Finalizei a visita e, mais uma vez, mantive aberta a possibilidade de retorno.

Leticia faleceu quatro dias após a última visita de Manuela.

Em contato telefônico, um mês depois da morte de Leticia, Márcia contou que Manuela foi ao enterro da irmã e ficou triste e chorosa nos primeiros dias após o óbito. Afirmou que achou importante a visita de Manuela à irmã no hospital e que naquele momento a filha mostrava-se calma quando falavam de Leticia, consolando algumas vezes a mãe com a seguinte fala: “Ela está no céu olhando para a gente; é uma estrelinha lá [...] a gente pode

olhar para ela também”. Tal fala fornece sinais de um luto bem elaborado, com a internalização do objeto perdido.

## **2.2. Separando histórias, desfazendo fantasias: as visitas de Miguel à Marina**

Marina é a terceira filha de seus pais. Nasceu prematura e com diagnósticos de síndrome de Down e cardiopatia, revelados no sexto mês gestacional, em um exame rotineiro de ultrassom no pré-natal. “Fui empolgada para descobrir o sexo do bebê e saí com uma bomba: ela tem problemas no coração!”, revelou-nos a mãe, Sonia.

Percebi no discurso de Sonia que a síndrome de Down ocupava um lugar secundário em face da cardiopatia. De fato, e embora a cardiopatia esteja associada à síndrome, era a primeira que trazia um risco de morte para Marina.

Marina foi concebida em um momento de grande ambivalência materna, pois Sonia e o marido, Antonio, haviam decidido não mais ter filhos, quando descobriram a gravidez. Tal decisão estava fortemente influenciada pela situação que permeou o nascimento e a vida de Maria Eduarda, a segunda filha do casal.

Maria Eduarda teve sua vida em uma UTI neonatal. Possuía atresia de esôfago, uma malformação grave, e, devido à imensa instabilidade do quadro clínico mesmo após a intervenção cirúrgica, Maria Eduarda não pôde deixar o hospital. Sonia relatou a dor e o sofrimento de permanecer por três meses junto da filha sem visualizar nela qualquer sinal de recuperação.

O primeiro filho do casal, Miguel, na época com cinco anos, não podia visitar Maria Eduarda: não conheceu a irmã com vida. O único contato entre ambos se deu no velório e no enterro dela. Sonia contou que o filho ainda falava de Maria Eduarda e manifestava sofrimento por não ter podido estar com ela em vida. Ao ouvir o discurso de Sonia pensei nos efeitos desse não encontro entre Miguel e Maria Eduarda, pois sabe-se que as fantasias fraternas de rivalidade e de ataque ao irmão existem e podem ser concretizadas no psiquismo infantil quando o irmão falece (KLAUS; KENNEL, 1992). A construção psíquica dessa situação pode ser assim descrita: “Meu irmão morreu porque por um momento eu desejei que ele não existisse” e, então, o sentimento de culpa recai de forma intensa sobre o irmão.

Justamente devido a esse contexto, logo no início da internação de Marina Sonia solicitou a vinda de Miguel, na época com dez anos de idade, à unidade. Solicitação essa que considerei importante e pertinente com base na história de Miguel e Maria Eduarda. O medo da repetição de uma história dolorosa era latente no discurso de Sonia.

Miguel visitou a irmã quatro vezes durante a hospitalização dela, que perdurou por quatro meses.

A primeira visita de Miguel à Marina se deu após o primeiro mês de internação, quando ela já havia deixado a incubadora e encontrava-se na sala de cuidados intermediários. Ela respirava sem o auxílio de aparelhos, e a perspectiva da equipe de cardiologia era realizar a operação aos seis meses de idade. Assim, logo que aprendesse a mamar, Marina seguiria para casa.

Miguel mostrou-se receptivo no primeiro contato comigo. Depois de me apresentar, investiguei o que ele sabia sobre Marina e a hospitalização dela – contou-me que estava com a mãe na consulta do pré-natal quando foram dados os diagnósticos de síndrome de Down e cardiopatia. Sobre o primeiro, Miguel não possuía muitas informações e diante disso expliquei a ele algumas características, entre as quais aquelas que ele poderia visualizar em Marina. Já sobre a cardiopatia, Miguel mostrou-se bem informado: falou sobre o problema e sobre a necessidade de cirurgia.

Em seguida questionei o que sabia e o que imaginava sobre o local onde Marina estava. Ele retomou as explicações que a mãe havia fornecido a ele: um espaço com vários bebês, a presença de incubadoras e a equipe ao redor. Resgatei com ele esse cenário que descreveu, mostrando algumas imagens de uma UTI neonatal e do berçário. Miguel observou-as atentamente.

Nesse momento, eu disse a ele que Sonia havia me contado sobre Maria Eduarda, a outra irmã dele que também necessitou de cuidados intensivos. Retomei a história dele e de Maria Eduarda e de como devia ter sido doloroso para ele não ter podido visitar a irmã. Fiz uma intervenção no sentido de diferenciar Maria Eduarda de Marina: embora ambas tivessem precisado de hospitalização após o nascimento, os diagnósticos das duas eram diferentes, o que implicava também perspectivas de vida distintas. Miguel afirmou que sempre quis conhecer Maria Eduarda, mas não pôde.

Ofereci a ele material gráfico e solicitei um desenho: “Como imagino minha irmã?”. Miguel pegou o lápis e o papel, hesitou em começar a desenhar, até que disse: “Eu não sei...”. Afirmei que ele podia desenhar como quisesse e que eu poderia esperar o tempo que fosse preciso. Hesitou durante mais um tempo e disse novamente que não sabia<sup>49</sup>. Disse-lhe que talvez ainda fosse difícil para ele imaginar como era Marina. Tal intervenção tinha como base a dificuldade que podia haver em Miguel de conceber uma imagem da irmã que “tinha

---

<sup>49</sup> Em todas as visitas subsequentes Miguel afirmou, delicadamente, que preferia não desenhar: “Eu não gosto”. Respeitei a posição de Miguel e sustentei os encontros com o recurso verbal, exclusivamente.

síndrome de Down”. Notei, no início desse primeiro contato, como Miguel possuía poucas informações a respeito da síndrome.

Seguimos para a entrada da UTI neonatal. Enquanto lavávamos as mãos, expliquei a ele sobre as regras vigentes na unidade. Sonia veio ao nosso encontro e nos dirigimos até Marina. Miguel sorriu ao ver a irmã: “Ela é linda”. Sonia lhe ofereceu a possibilidade de tocar em Marina, mas ele recusou: “Ela é pequena, tenho medo de machucar”. Eu disse a ele que quando quisesse poderia tocar em Marina. O medo de machucá-la podia revelar a concretização da fantasia de ataque à irmã.

Sonia e eu apresentamos um ao outro. Miguel sorria constantemente para a irmã e reconhecia nela algumas características que sua mãe havia citado sobre Marina, assim como identificava alguns traços que eu havia descrito a ele antes de entrarmos na unidade.

Anunciei o final da visita e promovi a despedida entre eles. No terceiro momento da visita, conversei com Miguel, que afirmou ter gostado de visitar a irmã e querer voltar outro dia, pois talvez demorasse até que ela tivesse alta hospitalar. Respondi que combinaria o retorno dele com Sonia. Constatei como Miguel adquiriu, por meio do encontro, dados de realidade sobre a condição de Marina. “Talvez ela demore para ir para casa”, disse ele.

A evolução de Marina seguiu com importantes oscilações, o que a conduziu de volta a um leito da UTI neonatal. Durante esse período, Sonia mostrava-se entristecida, chorosa e com medo da repetição de uma história já conhecida por ela: será que Marina viveria fora do hospital? Embora Sonia possuísse clareza de que as histórias eram diferentes, de que Marina não era Maria Eduarda (e de fato Sonia demonstrou sinais de um luto bem elaborado), os sentimentos, as sensações e as vivências anteriores retornaram e se concretizaram com a piora de Marina.

A dificuldade de Marina em aceitar as mamadas e a piora do quadro cardíaco fizeram a equipe repensar o momento da alta e da intervenção cirúrgica. Sonia verbalizou o medo de levar a filha para casa e não conseguir socorrê-la caso precisasse de algo. Diante dessa mudança de perspectiva do tratamento, ocorreu a segunda visita de Miguel à Marina, dado que os sinais de sofrimento psíquico e ciúme por Sonia permanecer junto de Marina intensificavam-se em Miguel. De fato, a separação mãe-filho mais velho imposta pela internação do recém-nascido é fonte de intenso sofrimento emocional para os irmãos (KLAUS; KENNEL, 1992).

Encontrei Miguel sorridente – afirmou estar com saudade da irmã. Contou que se tornou o responsável por arrumar as roupas de Marina e que fez isso naquela semana, porém sabia que a irmã havia piorado. Relatou que a mãe tinha lhe contado sobre o retorno à UTI e

sobre a sonda para auxiliar na alimentação. “Mas não entendi nada”, disse. Furneci a ele explicações objetivas sobre suas dúvidas, com o auxílio de imagens.

Entramos na unidade e seguimos até o leito de Marina. Miguel sorriu assim que viu a irmã e, ao se aproximar, fez carinho nela. Tal comportamento de Miguel revelou-se distinto daqueles ocorridos na primeira visita, em que notei certa retração e certo distanciamento de Marina. Considerei que essa mudança de atitude fosse reflexo do encontro anterior e demonstrasse certa aproximação afetiva entre ambos.

Sonia e eu novamente promovemos a aproximação entre os irmãos. Quando oportuno, eu descrevia as reações de Marina e de Miguel ao encontro, colocando palavras no vivido. Reiterei que era para esse local que Sonia vinha ao sair de casa, para ficar com Marina nesse momento difícil. Afirmo também como devia ser doloroso para Miguel ver a irmã no hospital e ainda ficar longe da mãe. Ele sorriu e concordou.

Miguel observou os aparelhos ao redor de Marina, embora nenhum deles estivesse conectado a ela, com exceção da sonda e do monitor cardiopulmonar. Acompanhei as observações dele e esclareci as dúvidas que apresentou. Mostrou-se tenso e preocupado quando o monitor apitou indicando queda de saturação. Procurei acalmá-lo dizendo que estava tudo bem; ele revelou a fantasia de que pensou que o coração dela estivesse parando. Disse-lhe que era compreensível ele ter medo de que acontecesse com Marina o mesmo que ocorreu com Maria Eduarda.

No terceiro e último momento da visita, Miguel relatou que não queria sair e deixar Marina na unidade. Afirmou que não havia gostado da sonda no nariz da irmã, pois parecia incomodá-la e dificultar a respiração dela. Esclareci suas dúvidas.

A internação de Marina prolongou-se ainda mais, pois a dificuldade de mamar era crescente. Durante esse período, Sonia comentava nos atendimentos que havia percebido Miguel diferente e com sinais de sofrimento, referindo sentir muito a falta dela. Procurei ajudá-la a compreender os possíveis sentimentos e vivências dos irmãos em um período como aquele.

A terceira visita de Miguel à irmã foi marcada por uma maior aproximação entre ambos e pelo reconhecimento de traços familiares, o que me permitiu inferir o início da “adoção” de Marina por Miguel nesse núcleo familiar. Ele contou, antes de adentrarmos a unidade, que desejava pegar a irmã no colo, o que de fato fez assim que entramos.

A preocupação de Miguel para com a irmã foi intensa nesse encontro. Inquietava-se se Marina estava bem acomodada no berço ou no colo da mãe, se a sonda a machucava, se estava com frio ou com calor. Repreendeu a mãe por certos gestos que considerou machucar

Marina, o que fez Sonia reagir repreendendo as preocupações excessivas de Miguel. De fato, tal comportamento chamou atenção e o excesso de zelo e cautela podia revelar um movimento compensatório aos impulsos de rivalidade para com a irmã e de perigo. Dito de outro modo, um excesso de cuidado podia traduzir a contenção de um perigo que fantasisticamente imaginava provir de si (fantasias de rivalidade e destruição do irmão).

Com base em tal compreensão, reforcei os motivos da internação de Marina, com o objetivo de desfazer possíveis fantasias culposas. Ao final, Miguel se despediu de Marina dando um beijo em seu rosto. Fora da unidade, reiterei para Miguel que aquilo que acometia Marina não era responsabilidade dele, uma vez que ela estava hospitalizada por ter problemas cardíacos, assim como não o era em relação a Maria Eduarda.

Devido às intensas oscilações cardiorrespiratórias de Marina, a cirurgia cardíaca foi marcada e antecipada. Sonia revelou alívio ao saber que não levaria a filha para casa antes da intervenção. Percebi o temor de Sonia em não poder socorrer Marina caso esta necessitasse. Durante esse período, o discurso religioso de Sonia intensificou-se e mostrou ser um suporte e um recurso de enfrentamento eficaz naquela situação.

A clareza acerca dos riscos de morte que a cirurgia comportava foi aceita e compreendida por Sonia. E foi justamente por tal compreensão que ela solicitou, antes mesmo que eu pudesse oferecer, uma nova visita de Miguel à Marina.

Na quarta e última visita, Miguel mostrou-se ansioso e fez mais perguntas. Revelou diversas dúvidas e uma intensa curiosidade sobre a cirurgia e suas marcas físicas no corpo de Marina: “Que tamanho vai ser a cicatriz?” ou “Ela vai ter uma marca no peito para sempre?”. Considerei que tais questionamentos ultrapassavam – sem contudo excluir – a dimensão física e corporal da cirurgia cardíaca. Pareciam apontar também para as marcas simbólicas e psíquicas que Marina assumia para Miguel e, nesse sentido, incluíam a síndrome de Down: seria minha irmã diferente dos outros? Havia a possibilidade de, um dia, ela se tornar igual a nós? Essa marca poderia se apagar?

Miguel seguiu em seus questionamentos e preocupou-se com Marina durante e após a cirurgia. “Ela vai sentir dor? Ela vai estar acordada na cirurgia? Quanto tempo demora para ela acordar?” Esta última questão pareceu incluir o medo da morte e de que Marina, assim como Maria Eduarda, não mais acordasse.

Com base em tal compreensão, contei a Miguel sobre a cirurgia cardíaca e sobre as características do portador de síndrome de Down. Após o esclarecimento das dúvidas, entramos na unidade.

Marina estava no colo de Sonia, recebendo leite via sonda. Assim que a viu, Miguel sorriu e se aproximou de ambas. Fez carinho em Marina, e eu nomeei o encontro: “Seu irmão veio te ver antes da cirurgia e vai poder voltar aqui depois também”.

Nesse momento, Sonia relembrou em detalhes a internação, a cirurgia e o pós-operatório de Maria Eduarda. Depois de escutar e acolher a dor de Sonia pela morte de Maria Eduarda, intervim direcionando minha fala para Marina, mas com a intenção de que ela incidisse também em Sonia e em Miguel: “A mamãe está contando de Maria Eduarda, sua outra irmã que não está mais aqui conosco. Ela teve um problema grave, diferente do seu, não resistiu depois de um tempo e morreu. Mas você é a Marina, outra irmã do Miguel, é um outro bebê, tem um problema no coração sim, mas não é a Maria Eduarda”. Marina olhou atentamente para mim quando pronunciei essa fala e Miguel, no fim, concordou: “É mesmo”.

Miguel mostrava-se cada vez mais à vontade dentro da UTI neonatal. Nessa visita, participou ativamente dos cuidados possíveis em tal ambiente: segurou a sonda de Marina para que o leite escoasse mais rapidamente. Durante a alimentação da irmã, comentou que ela havia crescido desde que nasceu e que ele ia rezar por ela no dia da cirurgia. No final da visita, despediu-se da irmã, emocionado.

Na terceira etapa da visita Miguel mostrou-se confortado por ter visitado Marina e ansioso para vê-la novamente após a operação. Reassegurei a ele que poderia voltar – pois é fundamental que o irmão se sinta acolhido pela equipe que cuida do bebê – e afirmei que combinaria o retorno com Sonia. Ele disse que não estava mais com dúvidas e que ia rezar por Marina. No final, agradeceu.

Marina recuperou-se da cirurgia e, após certo tempo, recebeu alta hospitalar. Durante esse período de recuperação, foi oferecida – por mais de uma vez – a possibilidade de outra visita de Miguel à irmã. Porém, por diversas questões de ordem familiar, tal visita não foi possível.

### **3. O atendimento pais-bebê**

*A vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida.*

Vinicius de Moraes

O primeiro mês de trabalho na unidade voltou-se para a observação da rotina, para o contato informal com os profissionais presentes e para alguns atendimentos, conforme pedidos da equipe.

Gradativamente, passei a atender mais e a construir meu modo de trabalho na UTI neonatal. Sempre que chego à unidade verifico se há pacientes novos; colho dos prontuários dados relevantes, como os de identificação, aspectos sociais, histórico obstétrico da mãe (intercorrências na gestação, abortos anteriores, hábitos, pré-natal) e de nascimento do bebê (tipo de parto, idade gestacional, Apgar, peso, diagnóstico). Em seguida, dirijo-me até o novo paciente, o bebê, a fim de conhecê-lo<sup>50</sup>.

Quando a mãe não está na unidade, sigo ao encontro dela assim que possível; tenho notado, durante este tempo de trabalho, a fundamental importância de realizar atendimentos com a mãe logo após o nascimento do bebê, dada a enorme quantidade e riqueza de material psíquico que emerge. Na realidade, parece transbordar<sup>51</sup>. Frequentemente, nesses atendimentos após o parto, as mães não se encontram na unidade: estão internadas também, em outro local; vou ao encontro delas.

No primeiro atendimento à mãe, quando esta ainda se encontra hospitalizada, acompanho-a até a Unidade Neonatal, sempre que possível e principalmente se ela ainda não conhece o bebê. Além de fornecer-lhe informações sobre as regras e a rotina da unidade, descrevo o cenário com o qual irá deparar, bem como aquilo que verá ao redor do filho e nele próprio.

Atualmente, faço entrevistas iniciais com todos – mães e pais (quando estes estão presentes) – que possuem filhos internados nos cuidados intensivos. Após esse primeiro contato, estabeleço um “projeto terapêutico/intervenção”, priorizando determinados aspectos a serem trabalhados por sua “urgência psíquica”, além da frequência dos atendimentos. Contudo, considero alguns critérios de prioridade: a internação nos cuidados intensivos (e não no berçário), os recursos internos dos pais, o diagnóstico e o prognóstico do bebê.

Entretanto, mesmo tendo como base tais critérios, nem sempre é possível seguir o planejado, uma vez que se está justamente no terreno do inesperado e do desconhecido. Tento manter uma rotina de trabalho minimamente organizada e, ao mesmo tempo, livre e flexível para comportar alterações diante de imprevistos, os quais não são poucos.

Por vezes, quando têm alta, as mães deixam de comparecer ou comparecem pouco à unidade. Os motivos são diversos: falta de dinheiro para a condução, dificuldade na “adoção”

---

<sup>50</sup> Em geral, há certa confusão sobre quem é o paciente do psicólogo nesse cenário. Sustento a posição de que o paciente é o bebê, e as ações desenvolvidas com pais, familiares e equipe consideram, sempre, a promoção e/ou prevenção em termos de saúde mental do bebê (CONDES, 2011). Assim, embora as intervenções mais diretas ocorram com os pais e, mais especificamente, com as mães, almeja-se que seus reflexos incidam nos bebês. Lembrando Winnicott (1952a), um bebê não existe sozinho.

<sup>51</sup> O substrato teórico que sustenta minha percepção será trabalhado ao longo dos casos aqui apresentados. Trata-se do conceito de “transparência psíquica”, desenvolvido por Bydlowski (1997).

do filho, sentimentos como culpa, impotência e rivalidade, morte já anunciada, dores do pós-parto, entre outros. Nesses casos, faço contato telefônico com os pais quando possível, a fim de compreender a ausência deles. Cabe destacar que a presença das mães na unidade é algo que sempre chama atenção da equipe, que a considera importante. Aos poucos, tento desfazer essa generalização, evidenciando que, em certos casos, essa separação pode ser a saída possível em determinado momento.

A maioria dos atendimentos ocorre na própria UTI neonatal, excetuando-se os casos em que, como referido anteriormente, as próprias mães encontram-se internadas. Parece-me de fundamental importância realizar os atendimentos, pelo menos parte deles, na presença do bebê, quer para atentar para as características do vínculo e do encontro, quer para retomar o espaço de interlocutor que ele ocupa. Frequentemente, incluo o bebê nos atendimentos, ora me reportando a ele, ora dirigindo-me de seu lugar para a mãe.

Nesse cenário, que exige enorme flexibilidade para manter o atendimento, as questões do *setting* se impõem. Tenho desenvolvido inúmeros “ajustes” a fim de garantir minimamente alguma privacidade. Diminuo o tom de voz; posiciono-me de tal forma a impedir que a mãe ao lado interfira drasticamente no atendimento; solicito que nos retiremos da sala por certo tempo e sigamos para a sala de amamentação caso esteja vazia. Curiosamente, tal questão parece ser apenas uma preocupação minha: raramente percebo as mães preocupadas com a presença de pessoas ao redor, embora profiram conteúdos altamente íntimos e significativos de suas histórias de vida. Parece haver um canal de comunicação direto e seguro que possibilita que o discurso prossiga.

Ademais, interrupções são constantes: alarme que dispara, bebê que fica roxo ou chora, auxiliar de enfermagem que vem medir a temperatura, médicos que passam visita, hora de retirar o leite. Inúmeros são os motivos de interrupções e inúmeros são os retornos à cadeia associativa proferida. Geralmente, são as próprias mães que retomam seus discursos, do ponto em que foram interrompidas. E aqui já apontamos a necessidade do oferecimento de um espaço de fala para as mães.

Entretanto, esses são apenas percalços, já previsíveis, de meu trabalho na unidade. Contudo, limitação importante reside no depois da passagem pelos cuidados intensivos, que aponta para uma escassez de dispositivos de saúde voltados principalmente para a demanda de psicoterapia mãe-bebê.

Diante de tal realidade, após a alta hospitalar do bebê ou, em outro extremo, nas situações de óbito, realizo encaminhamentos externos às mães e mantenho contato telefônico; e, nos casos mais graves, faço alguns atendimentos.

### 3.1. Maria e João: o filho como representante da (im)potência materna?

A jovem Maria foi mãe pela segunda vez, após poucos anos do nascimento de Sofia. Casada com Fabio, residia na casa dos sogros, onde recebia suporte financeiro e emocional, sobretudo de sua sogra, uma figura de extrema importância na vida de Maria, ponto de referência para ela. Maria mantinha pouco contato com a própria mãe e com a família de origem.

O cenário familiar de Maria parecia conturbado, assim como parece ter sido o ambiente familiar de origem. Havia fatos que se repetiam: o uso de drogas pelo pai falecido e pelo marido, a mãe-mulher que com dificuldades em cuidar dos filhos tratava-os como se não existissem, a solidão e o desamparo dela e de sua mãe, o refúgio no cigarro e na comida.

João nasceu prematuro e com diagnóstico, no pré-natal, de encefalocele occipital (malformação do sistema nervoso), permanecendo internado por três meses; Maria recebeu acompanhamento psicológico desde o início da hospitalização do filho, além de ter participado do grupo de pais da unidade. A visita de irmãos foi oferecida à Maria, que recusou.

Durante os três meses de acompanhamento da história de Maria tornou-se evidente a sensação dela de se constituir como ser “inferior”, de não ser amada nem desejada pela própria mãe. Quando, então, soube da gravidez de João, e mais, quando recebeu a notícia de que gestava um menino, a esperança de mudar sua vida veio à tona. Sentia-se mais completa, como dizia. Adiante, a notícia desoladora revelou: aquele ser perfeito e completo trazia em si algo que o aproximava da morte.

João foi gestado em um momento em que “algo precisava mudar”. Fabio precisava deixar as drogas, Maria precisava impor-se ao marido, precisava ser “mais mãe” de Sofia. Percebi como eram depositadas no pequeno João inúmeras expectativas e promessas de uma vida melhor e de mudanças no ambiente familiar.

É em Freud (1914a), “Sobre o narcisismo: uma introdução”, que encontro o ponto de partida para refletir sobre as considerações descritas. Nesse artigo, Freud postula que o amor parental refere-se ao narcisismo infantil dos pais renascido; a criança é vista como perfeita, ilimitada e onipotente; as deficiências e os defeitos são afastados. Trata-se da sustentação da fantasia de completude e de perfeição, já perdida pelos pais. Como afirma o autor, os pais:

[...] sentem-se inclinados a suspender em favor da criança o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar e a renovar em nome delas as reivindicações aos privilégios de há muito por eles próprios abandonados. A criança terá mais divertimentos que

seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. *A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão*; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação. *‘Sua majestade, o bebê’*. (p. 108, grifos meus)

Os pais vivem, ilusoriamente, a completude narcísica. O nascimento normal de uma criança é, em geral, um momento de celebração para todos: pais, família e equipe médica. Embora haja também momentos de fragilidade narcísica, Druon (1999) relata que os conflitos internos são relativamente silenciados devido aos movimentos grupais que celebram essa mulher, geradora de vida, e o bebê, saudável. Pai, familiares e amigos tornam-se gratos a ela, que é capaz de gerar vida em si: é uma vitória sobre a morte.

O bebê saudável comporta inúmeros desejos e expectativas parentais. A mãe, mulher capaz de gerar vida e dar à luz um ser saudável, potente e competente, é enaltecida em sua posição feminina. Nesse sentido, Battikha (2001) afirma que mãe e bebê ocupam o lugar da majestade, nesse campo ilusório.

Contudo, quando isso não ocorre, quando as expectativas não se concretizam, poderá esse bebê ainda ocupar o lugar de “Sua majestade, o bebê”? Que repercussões ocorrerão na subjetividade desses pais, que não terão sua perfeição renascida no filho?

No quarto mês de gestação, ao fazer um ultrassom de rotina no pré-natal, Maria soube daquilo que tentava esconder a todo custo e que João viria tapar: falta, incompletude, castração, imperfeição, fracasso.

O horror se impôs: “Desde que soube desse negócio, encefalocèle, nunca tinha ouvido falar disso, parecia que não carregava mais um bebê dentro de mim [...] era alguma outra coisa [...] um bicho, sei lá” e, posteriormente, “É, não era um bicho, mas também não era um bebê”.

Sabe-se que o bebê tem seu lugar no psiquismo parental muito antes de sua concepção; sua origem está nos primórdios da infância e segue por toda a vida: a menina que brinca de boneca e imita sua mãe, a moça que se projeta na condição de mãe e imagina como será seu filho, as fantasias que possui acerca da maternidade. Lebovici (1987) postula a existência de três bebês no psiquismo materno. O primeiro deles seria o “bebê edípico”, resultante da história infantil da mulher, herdeiro do complexo de Édipo e das fantasias inconscientes maternas; o segundo, “bebê imaginário”, seria fruto dos devaneios, das fantasias conscientes e pré-conscientes da mãe; por fim, haveria o “bebê real”, aquele marcado por sua corporalidade.

A construção do bebê imaginado possibilita que a mãe personifique o feto, ao atribuir-lhe características e imaginá-lo como um bebê, produzindo um espaço psíquico de acolhimento ao outro/estrangeiro. Trata-se de um longo e lento processo de construção, de inscrição e de filiação desse novo ser na linhagem familiar. Tal fenômeno, ao facilitar a interação com o bebê real, permite que a mãe, quando do nascimento de seu filho, não o encontre como a um total estranho.

Em todo nascimento faz-se fundamental um processo de luto dos pais, desinvestindo o objeto perdido e reinvestindo em outro objeto (FREUD, 1917[1915]). É preciso, então, que a mãe abandone, gradativamente, esse bebê imaginado e aproxime-o do bebê real, pois sabe-se que o último pode ficar “abandonado” se a mãe estiver excessivamente vinculada ao primeiro. O bebê real impõe-se, com as características e com a singularidade de seu corpo. Parece-me ser fundamental que a mãe deixe um espaço livre, um campo neutro, onde o imprevisível e singular do bebê possa alojar-se: nem tão presa ao bebê imaginado, nem tão livre dele.

Passemos então a considerar aqueles bebês que sempre serão afastados do psiquismo materno, por nunca terem sido desejados por ninguém. Frágeis, extremamente pequenos, doentes, malformados. Em uma UTI neonatal é com esses bebês que as mães se encontrarão. Bebês que em nada correspondem àqueles sonhados: não é possível reconhecê-los como produção própria. Nesses casos, a ruptura entre bebê imaginado e bebê real dá-se de forma abrupta, violenta e traumática. Será ele ainda um rei aos olhares dos pais?, questiona pertinentemente Battikha (2008). Esse “outro bebê” encontra-se sem um lugar prévio no simbólico dos pais: como inscrevê-lo no psiquismo parental?

Ter um filho com uma imagem e com comportamentos muito distantes daqueles sonhados fere profundamente o narcisismo da mulher. Acrescida à crise gestacional, tem-se a crise da prematuridade, das malformações e das doenças graves. Há intenso sofrimento, frustração e desilusão. Nesses casos, deparamos com lutos sobrepostos e com duas feridas narcísicas: pelo bebê real que não corresponde ao ideal e pela vivência dos pais de serem incapazes de gerar um filho perfeito.

Concordo com Battikha (2008) quando esta afirma: “Até receber o diagnóstico a mãe se reconhecia e ao seu bebê como iguais a outros. A partir do anúncio perde essas identificações, tornam-se ambos diferentes” (p. 139). O bebê sonhado foi perdido pela concretude dos fatos; a mãe é surpreendida pelo bebê real. Corpo real que impacta os pais: o indizível e inominável se faz presente.

O real orgânico e o traumático se impõem, rompendo a barreira de paraexcitações, o que altera de modo significativo o funcionamento mental (FREUD, 1920). Trata-se de um

terror e de um horror que não podem ser inscritos em uma cadeia representacional; a ausência de ligação psíquica dessa excitação deixa a energia livre, de forma não ligada, circulando sem representação (FREUD, 1920; ROUSSILLON, 1999; BOTELLA; BOTELLA, 2002).

Quais serão, então, as repercussões na instauração do vínculo mãe-bebê, considerando-se tal bebê tão distante de “Sua majestade, o bebê”, tal qual Freud (1914a) cunhou?

O presente caso ilustra claramente o impacto do diagnóstico e o modo como ele interpela a construção do bebê imaginado e, conseqüentemente, a forma como interfere no vínculo a ser estabelecido com a criança: agora esse ser é radicalmente estranho e estrangeiro, pertence a qualquer outra classe de seres que não a humana. Cabe ao psicólogo auxiliar a mãe nesse processo de luto para aproximá-la do bebê real (WIRTH, 2000).

João nasceu prematuro devido ao diagnóstico de malformação fetal em progresso. A chamada “encefalocele occipital”, malformação do sistema nervoso, era, em João, uma bolsa acoplada na região da nuca e na parte inferior da cabeça. Conforme ele crescia e ganhava peso, a bolsa aumentava de tamanho, sendo, então, necessária a interrupção da gestação. Prematuro e com uma malformação aparente, Maria apresentava extrema dificuldade em olhar para o pequeno João e falar sobre ele, que precisava ganhar mais de um quilo para ser submetido à “correção” cirúrgica.

Nos primeiros atendimentos à Maria, João parecia não existir: era como se ele ainda não tivesse nascido para ela. Na realidade, nem Maria havia nascido mãe para João. Um encontro prematuro, pois antes do tempo; um encontro diferente, pois no terreno externo às representações psíquicas. Um encontro alheio à cadeia temporal e representacional: eis as características do traumático em ação. O investimento afetivo no filho fica parcialmente obstruído em um primeiro momento.

Momento esse que, para além das especificidades, parecia repetir algo da própria história de Maria: o filho, aos olhos maternos, não se mostrava perfeito, ilimitado, onipotente. Ao contrário, revelava-se falho.

Ainda durante os primeiros atendimentos a preocupação de Maria centrava-se em seu marido, Fabio: nos sumiços de casa, nas promessas não cumpridas, na árdua tentativa de fazê-lo procurar um tratamento. Não havia espaço psíquico em Maria para qualquer outro fato a não ser o relacionamento com o marido. Descreveu, aos poucos, a história do relacionamento de ambos, desde os momentos mais tumultuados até os dias de calma, em que Maria vislumbrava a esperança de mudanças.

Maria revelou a solidão e o desamparo nos quais estava imersa. Na realidade, um terreno já conhecido dela, uma vez que familiar em sua própria história pregressa. Com o falecimento do pai, quando ainda era jovem, e com uma mãe ausente e preocupada com os outros filhos, segundo Maria, a saída encontrada por ela foi refugiar-se nas baladas, nas bebidas e no sexo casual. Nesse cenário, conheceu Fabio, que veio a tornar-se seu marido e pai de seus filhos. Pareceu encontrar abrigo na figura da sogra, que, aos poucos, aos meus olhos e aos de Maria iluminados pelos meus, revelou-se extremamente semelhante à própria mãe: também não cuidava.

De fato, em dois atendimentos que realizei com d. Dora (sogra de Maria), percebi a aliança e a complementaridade formada entre elas: de um lado, uma mulher que sempre se lançava em cuidar de todos e assumia a tarefa de resolver os problemas e as dificuldades dos inúmeros “filhos” que adotava (cabe destacar que esse cuidado extremamente protetor culmina em um descuido generalizado, pois dificulta a assunção de responsabilidade e autonomia); de outro lado, uma jovem mulher desamparada e descuidada pelos próprios pais. Eis o encontro complementar!

Façamos uma breve digressão sobre os atendimentos à d. Dora, nos primeiros dias em que acompanhava a nora até o hospital. Mostrou-se extremamente sobrecarregada em assumir cuidados para com diversas pessoas próximas. Transpareceu, nos atendimentos, o enorme prazer que essa mulher tinha ao assumir-se cuidadora daqueles que julgava necessitar de seus cuidados, o que a prendia a esse lugar. Também transpareceu, via discurso de Maria, o descuido inerente a esse excesso de cuidar: cuidado sufocante, que impede a emergência da própria capacidade de cuidar de si e de se responsabilizar.

Porém, de alguma forma, deixar-se ser objeto de cuidado do outro, mesmo que descuidado, foi necessário para Maria em um primeiro momento. Gradativamente, com o espaço de reflexão oferecido pelos atendimentos, Maria começou a se questionar e a questionar as condutas alheias.

Nesse cenário, acrescido dos diversos rompimentos e da reassunção do relacionamento conjugal, Maria decidiu reassumir os cuidados para com a filha e retornar para a casa da mãe. Afirmou que, embora não recebesse apoio financeiro ou emocional dela, lá podia ser mãe de sua própria filha.

Interessante notar que voltou a frequentar assiduamente o hospital, depois de certo tempo ausente, e observei que ela passou a incluir João em seu discurso, em sua rotina e em seu mundo psíquico. Como exemplo, percebi que se prontificava, sempre que possível, a retirar leite e a disponibilizá-lo ao filho, que o ingeria via sonda. Trata-se de um fato que

considero extremamente importante para as mães em UTI neonatal, pois sentem que podem prover algo ao filho, reassegurando as próprias capacidades de maternagem. Assim, na unidade Maria também começou a ser mãe de seu próprio filho. Este pareceu ter nascido para ela – já era possível falar com ele e sobre ele.

Como bem afirma Mathelin (1999), nos nascimentos prematuros a separação não é o problema: o fator complicador é, ao contrário, a ausência de separação.

De fato a vivência materna de continuidade da gestação, fora do corpo, encontra seu ponto de amparo na realidade. A incubadora visa reproduzir ao máximo as características do ventre materno: é quente, filtra a luminosidade, abafa os sons. “A incubadora substituída da melhor forma possível o ventre da mãe”, diz-nos Mathelin (1999, p. 40). Conforme analisa a autora, o serviço reproduz a fantasia materna de que esse filho não nasceu, de que nada aconteceu.

Como interagir e fazer trocas com um bebê que ainda não nasceu? Como o bebê pode buscar a mãe se ela não o vê? Tal cenário manteve-se presente, por certo tempo, entre Maria e João... Foi com base nessa compreensão que algumas intervenções visavam, concomitantemente, sustentar/*holding* e interditar (BENAVIDES, 1997) e convocar (FIGUEIREDO, 2009) Maria a sua posição de mãe, a fim de que João se fizesse ver. “Ele veio antes mesmo, você foi pega de surpresa, há uma série de coisas a resolver, mas o João *já nasceu*, está aqui conosco, nos ouvindo, e precisa de você.”

Contudo, ainda era impossível olhar para João com sua “malformação”. Malformação de quem: de Maria ou de João? Imperfeição, incompletude, falta. Deparar com a malformação do bebê é tomar contato com as próprias incapacidades e fraquezas. A própria imperfeição de Maria aparecia no real do corpo de João. E para isso não havia visão possível. Não suportava olhar para o filho e a doença dele. “Eu não aguento ver isso aí, quero que tirem logo, não suporto olhar para ele com isso.” De fato, com uma mão fazia carinho em João, com a outra recobria a malformação.

Klaus e Kennel (1992) já haviam nos advertido que as dificuldades dos pais em interagir com o bebê com malformação dependem, em grande medida, das características da malformação, isto é, se é visível, que órgãos afeta e se implica risco de morte, por exemplo. No caso de João, tem-se que a malformação comporta inúmeras características potencialmente traumáticas e que atravessam o vínculo com a figura materna, pois é visível, afeta o sistema nervoso e comporta em si a possibilidade de morte.

Em João assistimos aos efeitos da prematuridade e da malformação na constituição do vínculo. O nascimento de um bebê com problemas que podem sinalizar a morte abala as

referências maternas – como cuidar desse bebê? –, podendo desencadear reações depressivas. Tais reações podem, na realidade, indicar um processo de elaboração psíquica das impressões traumáticas (BATTIKHA, 2003).

Maria não suportava olhar e pensar sobre a própria imperfeição; imperfeição que se estendia ao núcleo familiar: teriam eles gerado um filho imperfeito? Seriam eles falhos de alguma forma? A ameaça à integridade narcísica irrompe, e a ferida que se forma demora a cicatrizar. A autoestima da mulher despenca. O custo doloroso de revisitar a própria história, de ver-se invisível e imperfeita aos olhos maternos, assim como João é aos seus. João rompeu com a mãe antes mesmo de nascer: de forma muito concreta não aceitou ficar no lugar que lhe foi destinado, a saber, o lugar da perfeição.

Acompanhando Maria eu ia, no ritmo dela, pensando junto sobre o momento de concepção do filho. Embora não tivesse sido planejado, Maria sabia dos riscos de engravidar ao não se prevenir. Na realidade, confessou que queria um filho, ao pensar que ele poderia “mudar tudo, resolver os problemas, fazer Fabio entrar na linha”. E João foi aprisionado nesse lugar de salvador.

Foi então, nesse tempo de espera para a cirurgia, que Maria pôde reorganizar-se psíquica e materialmente; nas palavras dela: “Foi bom essa demora, deu para arrumar minha vida para a chegada dele”. João nasceu para ela e ela nasceu mãe para ele.

Considerava necessário oferecer um espaço de fala e de escuta para que Maria pudesse discorrer repetida e longamente sobre o nascimento *desse* João. Assim, supunha que, ao ser acompanhada, simbolizações pudessem ocorrer e, conseqüentemente, aproximações ao “João real”.

Passou-se, então, um longo período em que Maria proferiu palavras atrás de palavras sobre João, sua chegada ao mundo e o lugar psíquico dele nela. Foi nesse período que Maria pôde, enfim, olhar para o filho. Discorria sobre o horror a que a malformação a remetia, buscava explicações para isso, preocupava-se com a cirurgia, culpava-se. “Por que isso foi acontecer comigo? Eu até pensei em tirar, mas não tentei, não fiz nada [...] e agora isso. Será para me punir?”

Nota-se com tal fala a fantasia comum de que, se o bebê é desejado e planejado, nos moldes de uma “gestação-modelo”, deve nascer bem. No polo oposto, quando é uma gestação indesejada, com pensamentos e/ou ações para interrompê-la, as mães revelam a fantasia de que a doença do bebê é uma punição a elas e, por isso, o bebê comportará tudo que há de ruim.

Compreendi que esse movimento em Maria também revelava um esforço de busca por uma explicação que pusesse sentido na vivência. Disse isso a ela e abri espaço para a ambivalência, comum em toda gestação, mas que, nos casos de internação em UTI neonatal, vê-se aumentada de sobremaneira, dada a ideia de concretização de fantasias de rejeição, seguida, então, pela ideia de punição.

Parece-me que as explicações buscadas pelas mães configuram-se como indícios de um processo de simbolização incipiente que se dá, conforme visto, na presença de um outro.

Ao assumir para si, em minha presença, tais fantasias e pensamentos, Maria fragilizou-se ainda mais. Como sua frequência na unidade, nesse momento, era cotidiana, eu a atendia quase diariamente, mesmo que por pouco tempo. Considero que funcionei como ponto de apoio e amparo e como continente, permitindo a revelação de muitos sofrimentos, de forma contida (BENAVIDES; BOUKOBZA, 1997). Deve-se lembrar que Ferenczi (1932) já havia nos advertido de que não se sai de uma situação traumática sozinho. E Maria revelou a solidão de sua vida, embora vivesse rodeada de pessoas: “Eu sou sozinha [...] eu não aguento mais essa pressão, parece que vou explodir”.

Maria relatou alguns sonhos que se repetiam nesse período de internação do filho. “Sonho sempre que estou em casa dormindo, à noite, e acordo com o choro do João. E aí eu realmente acordo, assustada, e me dou conta de que ele não está lá. Daí bate uma tristeza...” Tal produção onírica, ao mesmo tempo que evidenciava o desejo de Maria de ter um filho saudável, que chora à noite como qualquer outra criança, e que está em casa com ela, revelava, também, a expectativa e a projeção de um futuro para João. Disse isso a ela, que, sorrindo, concordou comigo.

João cresceu. Estava grande, ativo, aparentemente era um bebê saudável: ganhou peso, respirava por si só. A equipe preocupava-se com o longo período de distanciamento físico entre João e Maria: não seria benéfico utilizar o Método Mãe Canguru? Ou que a mãe o carregasse no colo com certa frequência? Seria possível para João e Maria que ele fosse amamentado no seio materno? Tais ideias foram aceitas por Maria com certa euforia. Finalmente iria embalar o filho nos braços, depois de meses.

Contudo, tal experiência não se revelou tão benéfica para nenhum dos dois, como poderia parecer a princípio. Em determinado atendimento, Maria relatou, em “segredo”, que não mais desejava pegar João no colo. “Ele chora muito, não tem posição para carregá-lo, fico com medo de machucá-lo.” De fato, a bolsa na região da nuca dificultava que ele fosse sustentado nos braços maternos. E mais: João chorava, de dor, sempre que alguém o retirava

da incubadora, quer para entregar-lhe aos braços da mãe, quer para dar-lhe banho, por exemplo.

Diante de tais fatos intervimos em duas frentes: com Maria e com a equipe. Ela somente carregaria o filho quando assim o desejasse, pois sentir que gerava dor em João podia ser extremamente prejudicial para ambos, mãe e filho. A equipe concordou com tal sugestão e as mamadas no seio foram interrompidas em sua condição de obrigatoriedade. Considero de fundamental importância que a equipe possa olhar, reconhecer e acolher a singularidade de cada dupla mãe-bebê, pois nesse terreno não há espaço para preconceções e ideias universais do que é supostamente melhor para a díade. A dimensão ética dos cuidados, como bem sinaliza Motta (2010), aponta para “[...] o caso a caso, o um a um” (p. 151).

Foi também durante esse período que Maria começou a inserir João “[...] em algum lugar de pertinência e reconhecimento” (BATTIKHA, 2003, p. 27) ao identificar no filho características familiares, como ao afirmar: “Os olhos são do pai”.

Nesse mesmo período dos atendimentos, Maria revelou: “O que é meu, é meu. Aqui, meu filho não é meu filho. Pra dizer a verdade, quem cuida dele? Sou eu? Não, não sou, são elas. Eu não dou banho, não dou comida, não dou remédio. Às vezes chega a dar até uma raivazinha delas”. Em outro momento, acrescentou: “Algumas delas [auxiliares de enfermagem] são muito boas, cuidam direito. Mas tem outras [...] eu não falo nada, sabe, eu não estou aqui o tempo todo, sei lá o que podem fazer com ele se ficarem com raiva de mim”.

A literatura sobre as especificidades da função materna em UTI neonatal é vasta. De fato, arriscar-me-ia a afirmar que, em um primeiro momento, é uma das questões que mais chamam atenção dentro da unidade. As mães estão afastadas fisicamente de seus bebês e dos cuidados dispensados a eles; olham outras mulheres cuidando de seus filhos, dia e noite. Vivências de impotência, incompetência e inutilidade, pois sentem-se dispensáveis: são as outras que cuidam de seu pequeno bebê.

É o saber médico que, nesse primeiro momento, é capaz de salvar o bebê e dele cuidar. O saber dos pais está em suspenso, é substituído pelo conhecimento do especialista. E mais: são esses desconhecidos que garantem a sobrevivência dele, via cuidados adequados e especializados.

Destituídas de seu saber materno, consideram-se desautorizadas a cumprir qualquer cuidado para com o filho, mesmo quando solicitado pela equipe de Enfermagem. Faz-se necessário certo tempo de elaboração para que os pais consigam transpor o discurso médico e encontrar um caminho de comunicação e investimento no filho (DIAS, 2008). Acrescento

que, para além da desautorização que vivenciam, outro fator que dificulta o cuidado do bebê é que estão em processo de reconhecimento e de adoção do bebê real.

Uma série de restrições impõe-se ao contato mãe-bebê, que vem somar-se à separação abrupta causada pela internação do recém-nascido. Distantes, dificilmente conseguem estabelecer alguma forma de contato nos primeiros dias, como se pôde observar com Maria. Arrasadas, essas mulheres-mães precisam entregar seus filhos para os cuidados de desconhecidos.

Vê-se como o nascimento de bebês com problemas orgânicos realiza a fantasia de incompetência materna, o que acaba por ser potencializado na situação de internação, acrescida da impressão de grande potência da Medicina e da tecnologia.

Para Druon (1999), é como se o bebê fosse adotado pelo serviço e, em um primeiro momento, assumisse aquilo que ela denomina de “parentalidade provisória” (p. 36). Ainda de acordo com a autora, a dificuldade dos pais em sentirem-se pais dentro da unidade é notória. A fim de esclarecer tal afirmação, Druon (1999) elenca os seguintes motivos: os pais devem investir em uma criança doente, distante daquela sonhada; não podem cuidar do filho, porém pessoas estranhas estão autorizadas para tal; devem vestir trajes típicos do serviço, como os profissionais; devem investir no filho e moderar, ao mesmo tempo, esse investimento afetivo, a fim de se protegerem de um luto caso a criança faleça; por fim, “sentem-se responsáveis, inúteis e dispensáveis [...]” (p. 41).

Pode-se inferir da fala de Maria a rivalidade dela para com o serviço e a não expressão clara de sua raiva, com receio de se sentir cruel com aqueles que fazem com que seu filho sobreviva, ou ainda com receio de possíveis retaliações. De fato, Agman, Druon e Frichet (1999) e Druon (1999) destacam que uma das fantasias das mães sobre o serviço recai na rivalidade, pois, nas palavras das primeiras autoras, “[...] o serviço intervém como função reparadora e finalizadora” (p. 27).

Nesse sentido, o serviço pode ser vivido como “boa mãe reparadora” capaz de concluir a gestação que a mãe não levou a termo (função finalizadora – prematuridade), ou ainda capaz de reparar possíveis danos que a mãe imaginariamente causou ao filho (doenças/malformações). Ao mesmo tempo, torna-se um juiz malvado e o único que pode dar a vida ao bebê:

Em certos casos o serviço é vivido como uma mãe toda-poderosa, que arranca o bebê dessa mãe indigna que não pôde terminar sua obra. É vivido como um juiz dessa incapacidade e, ao mesmo tempo, como o único recurso para a sobrevivência desse bebê. (DRUON, 1999, p. 40).

Constata-se a violência que a mãe sente, sua fantasia cruel. Fica evidente o lugar ambíguo e paradoxal que assume frente ao serviço: raiva e gratidão.

Voltemos ao caso. A equipe da Neurocirurgia marcou, a pedido da equipe de Neonatologia, encontro com Fabio e com Maria, a fim de explicar a cirurgia a ser realizada. Maria, ciente desse fato, solicitou minha presença nessa conversa. O médico responsável explicou claramente os riscos e as possíveis sequelas e consequências da cirurgia, bem como a impossibilidade de não se retirar a encefalocele. Terminada a explicação realizei um atendimento conjunto com Fabio, Maria e d. Dora, que aguardava fora da unidade. Mostraram-se cientes da gravidade e do risco de morte de João na sala cirúrgica, embora tenha chamado minha atenção o fato de que Maria não expressou nenhuma reação mais contundente.

Entendi que tal comportamento de Maria evidenciou o mecanismo defensivo de negação em funcionamento, desencadeado pela fala médica que escancara a realidade possível, e por todos distanciada, da morte. Arriscar-me-ia a afirmar que talvez estivesse presente um mecanismo de defesa mais radical do que a negação, que emerge como defesa diante do traumático: a clivagem. Deve-se lembrar que essa defesa, paradoxal por excelência, instaura um corte na subjetividade, a fim de manter afastada uma dor insuportável ao ego, ocasionando uma suspensão da atividade psíquica, e mesmo do pensamento. O sujeito parece anestesiado (FERENCZI, 1934).

No dia seguinte encontrei Maria na unidade, ao lado do filho, e dirigi-me até eles. “Quando saí daqui, desmoronei”, afirmou Maria. E prosseguiu: “Estou chorando por dentro, mas pareço seca, não aguento mais”. Depois, tornou a buscar desesperadamente alguma explicação para o fato de estar nessa situação: “Por que comigo? Até pensei em tirar no começo, mas só pensei [...] será uma punição de Deus?”.

Prosseguiu dizendo: “Gostaria de passar uma borracha em tudo [...] menos nos meus filhos”; segundo ela, não teria engravidado se soubesse que ela e João sofreriam tanto. Na realidade, considere que Maria explicitou, com essa fala, que não teria engravidado se soubesse que o filho mostraria e evidenciaria de tal forma aquilo que justamente imaginaria tamponar com a chegada dele. Concordo com a afirmação de Battikha (2003) de que o bebê com malformação fica marcado por aquilo que não tem e não consegue, e que a mãe, da mesma forma, pode sentir-se nessa posição. Entretanto, me restringi a dizer a ela, com a finalidade de diminuir a enorme carga de culpa que carregava – que, nesse caso, era explícita –, que todas as mães possuem momentos em que gostariam de esquecer-se e livrar-se dos filhos temporariamente, e isso não é deixar de amá-los e ser uma péssima mãe.

Ao final desse atendimento, Maria desculpou-se por ocupar meu tempo e, então, eu disse a ela: “Quem sabe aqui você não encontra um espaço para ser ouvida e não ficar tão só?”. “Eu dormiria aqui...” foi o que me respondeu Maria. Essa resposta me fez pensar nos efeitos das intervenções realizadas, no sentido do acompanhamento e do acolhimento das dores de Maria, e no modo como, então, a Unidade Neonatal tornou-se fonte de amparo.

A data da cirurgia se aproximava. Maria seguia, novamente solitária, em sua esperança e em seu desejo de que João voltasse com vida da operação, esperança essa ausente em parte da equipe de Neonatologia. As intervenções com Maria e João nesse momento voltaram-se para o fortalecimento do vínculo e para a verbalização do que ambos viviam e viveriam. Nesse sentido, contei a João, por exemplo, o que aconteceria com ele e como Maria estava preocupada com essa situação, mas, ao mesmo tempo, esperançosa de que ele ficaria bem. Desse modo, passei a supor João como sujeito, sujeito separado de Maria, na esperança de que tal fala incidisse também na mãe, e, ao mesmo tempo, dei voz e nomeei as angústias maternas. Foi então que ela revelou com todas as palavras sua esperança de vida e seu receio de morte, que avalio como resultado da intervenção. “Eu de alguma forma sei que ele pode morrer, mas preciso acreditar que vai ficar bem.”

Em Jerusalinsky (2001) encontra-se uma teorização mais detalhada a respeito dos efeitos de diagnósticos precoces no psiquismo parental e sua conseqüente repercussão no processo de subjetivação do bebê. Para a autora, as patologias orgânicas que acometem os bebês, independentemente de serem de ordem genética, de malformação ou lesional, provocam efeitos que vão além do corpo físico. Se, por um lado, a patologia orgânica carrega em si algo do incurável, daquilo que não pode ser modificado, por outro pode assumir diversas representações psíquicas, que serão potencialmente facilitadoras ou inibidoras da constituição do bebê como sujeito e de seu desenvolvimento.

Diante do diagnóstico e de intervenções nesse momento precoce da relação mãe-bebê, conseqüências podem ocorrer no tocante à estruturação do vínculo e da constituição subjetiva do recém-nascido. Quando se afirma de antemão que este não será capaz disso ou daquilo, muitas demandas passam a ser silenciadas ao se supor que o bebê é incapaz de responder a elas (JERUSALINSKY, 2001).

A criança não poderá realizar algo que não se espera dela. É quando, infelizmente, a esperança vira certeza. A mãe não espera isso dele; ao contrário, está colada na suposta certeza do discurso médico. Nesse sentido, Jerusalinsky (2001) diz: “E assim, tal incapacidade pode acabar cumprindo-se no bebê – mesmo que não haja nada da patologia orgânica que

assim o determine – por efeito das expectativas engendradas desde o imaginário parental” (p. 39).

Pareceu-me que, no caso de Maria, presenciei exatamente o caminho inverso: embora o diagnóstico tivesse proporcionado repercussões importantes ao vínculo, não se tornou um corolário nem uma profecia a ser realizada. Maria tinha esperanças; ela podia esperar algo de João. É certo também que presenciei o funcionamento da negação, mecanismo de defesa importante que auxilia, quando de forma moderada, a manter o vínculo com o bebê.

Era clara a sobreposição de diversos lutos em Maria, com início no pré-natal, quando do diagnóstico da malformação, após o nascimento e durante a internação de João (bebê ideal *versus* bebê real, as limitações dos cuidados maternos na UTI neonatal, a possibilidade de morte do filho), e, assim *supus*, mais um luto a ser percorrido no decorrer do desenvolvimento e do crescimento de João, caso existissem sequelas. Eram lutos por perdas simbólicas e concretas.

A operação ocorreu exatamente no dia previsto para o nascimento de João, ao que Maria significou desta forma: “É como se ele tivesse continuado dentro de mim por mais dois meses [...] No fim foi até bom, pude resolver um monte de coisas”. Inicialmente Maria tinha dificuldades em perceber que o filho já tinha nascido e, como nos lembra Mathelin (1999), se já havia nascido, o bebê precisava, então, ser reconhecido como sujeito separado e distinto da mãe. Parece-me que Maria pôde fazê-lo nascer para si durante o tempo de hospitalização.

Finalmente chegou o dia da cirurgia. Maria estava eufórica: falava rápido, mostrava-se inquieta e sorridente. Possivelmente, tais comportamentos configuravam-se como reação compensatória à angústia subjacente ao fato de João ser submetido a uma cirurgia extremamente delicada. Maria solicitou que eu acompanhasse a ela e ao filho até o centro cirúrgico. Seguimos pelos corredores do hospital, acompanhados também de uma auxiliar de enfermagem e de uma residente. Na porta do centro cirúrgico entregamos João ao médico e à enfermeira responsável, que tranquilizaram Maria dizendo que fariam o possível para ele ficar bem. Ela permaneceria sozinha no hospital até o retorno do filho à Unidade Neonatal ou até receber alguma notícia do centro cirúrgico.

Ao fim do dia, João retornou. E retornou surpreendentemente bem. Sabe-se da incidência do desejo materno na recuperação e na possibilidade de viver do filho. Rapidamente, libertou-se do tubo de oxigênio, tornou-se ativo e reativo. Não chorava mais de dor quando aconchegado ao colo. Mas ainda permanecia em João uma marca que fazia doer em Maria: “Ele é estrábico”, repetia ela diversas vezes. Embora a encefalocele, ou

“aquilo”, como nos diria Maria, tivesse sido retirada, o que parecia difícil de mudar era o lugar que esse bebê ocupava no psiquismo materno: como um “salvador” podia mostrar apenas e somente a derrota, a imperfeição, a falha? E como esse “salvador” podia virar “um bicho ou qualquer outra coisa” e não mais sair desse lugar? Embora tivesse sido concebido como “salvador”, Maria percebia que João revelava, a cada instante, aquilo para o qual desviava seu olhar.

O último atendimento foi marcado por extrema angústia de Maria em levar João para casa. Assisti às tentativas de Maria de oferecer o seio ao filho; João regurgitava constantemente o leite e cada vez mais conforme Maria se dizia incapaz de cuidar dele. Intervim com incidência na dupla: “Olha como a mamãe está aflita e com medo de levar você para casa, acha que não vai saber cuidar, daí você também não mama para dar mais tempo para a mamãe?!”. Aqui, certamente presenciavam-se os efeitos de uma internação prolongada: essa mulher já não se sentia capaz de cuidar de seu filho; eram os outros, a equipe, que possuíam esse conhecimento. Intervim novamente, no sentido de resgatar e de fortalecer as competências maternas. Alguns dias depois, Maria seguiu com João para casa.

O receio em levar João para casa pode ter se originado também, conforme considero, da incerteza de um prognóstico, dado que as sequelas apenas se farão ver no decorrer do desenvolvimento dele. O que esperar desse bebê? O que o futuro lhe reservaria? Pois, naquele momento, João era um bebê aparentemente sem sequelas.

Algumas semanas depois, fiz contato telefônico com Maria, que discorreu sobre o desenvolvimento e a recuperação de João, o início de trabalho em um novo emprego, a ajuda da mãe e outras mudanças na vida.

Aproximadamente dois meses após a alta, encontrei, na entrada da UTI neonatal, Maria e sua mãe, esta com João nos braços. Ela fez um sinal com os olhos para mim, em direção à mãe; depois, falou baixinho: “Você viu ela carregando João?”, e sorriu. De fato, pareceu que algo pôde ser transformado internamente em Maria e, por consequência, nas relações que estabelecia, durante esse tempo de internação de João na unidade.

Recentemente, encontrei Maria no ambulatório. Assim que me viu veio em minha direção para abraçar-me. Contou que estava tudo bem e, com certa alegria, afirmou sorrindo: “Preciso marcar uma consulta, João está com catapora, pegou da irmã!”. Será que João começava a se aproximar das crianças “normais” e deixava de pertencer a algo totalmente estrangeiro e diferente?

### 3.2. Janete e a pequena Maria Clara: haverá lugar para mãe e filha?

Foi no dia seguinte ao nascimento da pequena Maria Clara, cujo peso ao nascer era de 810 gramas e cuja idade gestacional<sup>52</sup> era de 27 semanas<sup>53</sup>, que fiz o primeiro de vários atendimentos a sua mãe, Janete, durante os três meses de hospitalização de Maria Clara. Logo que me apresentei, Janete iniciou um choro que perpassou todo esse primeiro contato.

Ela discorreu longamente sobre suas dores; poucas intervenções foram realizadas no sentido de conhecer minimamente sua história e de sua filha: por si própria, Janete percorreu situações extremamente sofridas. Estava ávida, talvez, por poder compartilhar tamanho sofrimento, realmente exposto nessa “crise sobreposta”: pós-parto e experiência de ter na soleira da morte sua filha recém-nascida para a vida.

Foi então que Janete iniciou seu discurso sobre sua principal preocupação naquele momento: que a filha sobrevivesse, resistisse, lutasse e não morresse. De fato, o medo de perder o filho internado na unidade de cuidados intensivos é frequente para todas as mães e as acomete em menor ou maior grau.

Contudo, em Janete, esse medo parece ter se originado muito antes do nascimento de Maria Clara. Parece ter se originado na primeira gravidez dela, cinco anos antes. Com diversas complicações orgânicas, como alterações renais e plaquetárias, a pequenina Flávia não se fazia semelhante para sua mãe. “Era um corpo estranho que meu corpo não reconhecia.” O organismo – e por que não o psiquismo? – de Janete teve seu funcionamento alterado a fim de eliminar esse estrangeiro que ameaçava habitá-lo<sup>54</sup>. No quinto mês gestacional, Flávia nasceu sem vida.

Janete não pôde ver Flávia: não suportou fazê-lo naquele momento. Agora, pensava como seria a filha, suas características e seus traços. Janete também não pôde ir ao enterro; completamente desamparada, imersa em culpa, solitária com essa dor. Lembra, a cada ano que passa, dos aniversários de sua filha Flávia, isto é, do dia em que nasceu, já morta.

O medo de perder Maria Clara parece, também, ter se originado em seu próprio nascimento. Janete relatou que, quando ela própria nasceu, sua mãe morreu. Não sabia ao

---

<sup>52</sup> “É definida a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual normal [...] esperando-se atingir 40 semanas [...] ou estimada pelo método ultrassonográfico [...], pela avaliação clínica obstétrica, ou pela avaliação clínica do recém-nascido” (LACERDA, 2011, p. 3).

<sup>53</sup> Considerado pré-termo extremo, por ter menos de 31 semanas completas de idade gestacional (OMS *apud* LACERDA, 2011).

<sup>54</sup> Viu-se, com o caso anterior, como é necessário um intenso trabalho psíquico na mulher de acolhimento ao bebê, de transformação de feto em bebê, seu filho, e será exposto adiante como a gestação física corresponde à gestação psíquica do bebê na mãe.

certo como tudo havia acontecido: se sua mãe faleceu no parto ou logo depois dele. Com uma família extensa, foi adotada por parentes.

E chegou a vez de a pequena Maria Clara adentrar o mundo. Mais uma gravidez não planejada conscientemente, e Janete desenvolveu hipertensão gestacional: a cada mês que a gravidez avançava, a pressão arterial também o fazia. E avançava a tal ponto que foi necessário interromper a gravidez. A mãe ou a filha? Enigma para Janete, questão para a equipe médica.

Além da hipertensão gestacional Janete teve uma complicação placentária, pois sua placenta deixou de ser irrigada pelo sangue. “E ela ficou parada: não ia nem pra frente, nem pra trás.” O fluxo de sangue, o fluxo de vida à filha, cessou. Maria Clara veio ao mundo antecipadamente.

“Eu nunca tive o sonho de ser mãe”, afirmou categoricamente Janete e, de imediato, prosseguiu: “Mas se viesse seria bem-vindo”. Na tentativa de abrir o campo associativo, indaguei a ela o que imaginava a respeito de desejar ou não ser mãe, ao que ela respondeu: “Minha mãe morreu quando eu nasci”. “Assassina”<sup>55</sup> da própria mãe, quem sobreviveria nessa história atual e, ao mesmo tempo, tão antiga: Maria Clara ou Janete? Quem teria de deixar a vida para a outra viver?

O paradoxo e a contradição se impunham e se repetiam no discurso de Janete. “Eu nunca tinha imaginado ser mãe”, e mais adiante: “Uma filha tá bom né, pelo menos uma”. Havia, possivelmente, um desejo inconsciente de ser mãe e, mais ainda, de encontrar, pela repetição, um destino diferente para mãe e filha: haveria no mundo um lugar possível para mãe e filha, juntas?

Outros pontos em comum se estabeleciam entre as gestações: “Eu não sentia nada, para mim não estava grávida”. Havia um processo de negação operando radicalmente. Seria para proteger a vida da filha? Ou a própria? Sobre os pais de Flávia e Maria Clara nada falava; irritava-se quando eu a questionava a respeito deles, motivo pelo qual deixei de perguntar. Sobre seu próprio pai, também nada dizia, não o tinha conhecido. Foi criada por um homem, parente, a quem chamava de pai.

Janete assustou-se com a possibilidade “de sair vazia da maternidade, como foi com Flávia”, como se deixasse de ser mãe. Acerca de tal história, poucas pessoas tinham conhecimento: “Preferi não falar”. Mais um ponto e, na realidade, exatamente o mesmo ponto na história do qual nada se podia dizer. Havia um mistério ao redor do nascimento de Janete e

---

<sup>55</sup> Trabalho aqui em termos de fantasias psíquicas inconscientes.

do falecimento de sua mãe; havia, do mesmo modo, um mistério em torno da vida de Flávia com Janete.

O temor pela repetição do destino, a morte, para essa tão nova velha história era tamanho que Janete não podia fazer o enxoval. “Só quando ela completar um mês.” Janete não podia, naquele momento, preparar no mundo um lugar simbólico de vida para a filha.

Compreendo tratar-se de uma “tão nova velha história”, como denominei, por visualizar fenômenos da ordem do geracional operando. O nascimento de um bebê reativa, para os pais e para a criança, as questões vinculadas à filiação; há emergência de conteúdos biográficos dos pais, principalmente aqueles vinculados a perdas e separações.

Sendo o bebê afetado e determinado pela história que o precede por gerações, quando há lacunas de não ditos e segredos familiares, a repetição pode se fazer presente, mesmo no corpo do bebê, via sintomas (SZEJER, 1999). Na realidade, Szejer (2011) afirma que o sintoma na maternidade é tripártico, podendo estar no nível da mãe, do pai e do bebê. Nesse sentido, postulo que a intervenção psicológica almeja incidir na tríade/díade.

Na história de Janete, a questão central parecia ser o terreno de seu próprio nascimento e dos segredos ao redor dele, com as consequentes reencenações nas próprias gestações. Hipotetizei que a perda da mãe no momento do nascimento de Janete, assim como os segredos e as fantasias acerca desse evento, seguiu produzindo efeitos geracionais de um luto não elaborado.

Faz-se oportuno lembrar das teorizações freudianas de 1920 sobre o modo primitivo do aparelho psíquico para ligar os eventos traumáticos: a compulsão à repetição. O sujeito repete e se põe novamente na cena traumática na tentativa de estabelecer ligações psíquicas; já que não simbolizadas, tais vivências são atuadas e repetidas. Para Botella e Botella (2002), a repetição do trauma evidencia a participação ativa do ego em busca de ligação.

Esse foi o cenário do primeiro atendimento à Janete, que, reforço, ocorreu um dia após o nascimento de Maria Clara. Certamente, as compreensões ora apresentadas puderam ser construídas no e pelo tempo. Contudo, o que desejo enfatizar é a emergência de conteúdos psíquicos em um único encontro. Parece-me esse o fenômeno que Szejer (1999, 2011) descreve de acesso a conteúdos inconscientes na mulher no pós-parto. Esse período é limitado, e nele as defesas e os processos de recalçamento parecem afrouxar. Para Szejer (1999, 2011), esse momento é extremamente relevante ao cumprir a função de transmitir ao novo ser significantes da história familiar, oferecendo a ele, de certa forma, um lugar de pertencimento.

Bydlowski (1997) nomeia como transparência psíquica o estado particular do psiquismo da gestante e da mulher no pós-parto, que se caracteriza pelo afrouxamento da barreira (recalque) entre inconsciente/pré-consciente e consciente. Dessa forma, ocorreria uma emergência de conteúdos psíquicos antes desconhecidos – fantasias regressivas, lembranças –, por estarem fora do campo da consciência.

É também durante os primeiros dias do pós-parto que algumas mulheres podem apresentar o fenômeno denominado de *baby-blues* – estado depressivo ligado às transformações corporais e psíquicas. Para Szejer (1999, 2011), do ponto de vista psíquico da mãe, configura-se como “uma reatualização de lutos e de separações não simbolizadas de sua história” (SZEJER, 2011, p. 106).

Nos casos em que os bebês são hospitalizados após o parto e, portanto, separados das respectivas mães, presencia-se uma depressão reativa<sup>56</sup> a essa situação. Para Szejer e Stewart (1997) e Szejer (1999), nesses casos o *baby-blues* dar-se-á posteriormente, quando a mãe e o bebê puderem se reencontrar no retorno à casa, pois, de acordo com a autora, o bebê desencadeia esse estado materno.

Supondo então que, nesse momento do pós-parto, o inconsciente aflore mais facilmente, que tipo de intervenção opera? Será que pequenos manejos e intervenções, considerando também a aparentemente simples, porém árdua escuta, em presença, podem gerar efeitos significativos na vida psíquica dessas mulheres? Terá tal postura um caráter preventivo?

Verificou-se como a literatura é unânime e categórica ao afirmar a necessidade de oferecer às mães um espaço de fala que lhes forneça condições de simbolização. Deve-se acrescentar ainda, como outra face imprescindível dessa mesma questão, a sustentação de uma escuta que aponte para a ética, ética essa compreendida como postura e como lugar de abertura e respeito à alteridade, esta do inconsciente (FIGUEIREDO; COELHO JÚNIOR, 2008).

Feita essa breve digressão, prossigamos com Janete e Maria Clara. Esta resistiu bem às primeiras 48 horas, mais difíceis, porém decisivas de sua vida. Janete possuía clareza acerca da gravidade do estado clínico da filha, principalmente na área pulmonar. No momento da alta hospitalar, Janete temeu perdê-la. Embora aparentasse esperança e confiança,

---

<sup>56</sup> A depressão reativa ou secundária surge como resposta a um estresse intenso diante de perda/luto, doenças físicas e uso de substância psicoativa. Em geral, está associada a fatores psicológicos e perdas significativas (LAFER, 1996). Na presente dissertação, aproximo a reação das mães desta última possibilidade.

demonstrava receio de a história se repetir. Repetição de qual história? Dessa antiga história que perpassa, possivelmente, gerações.

Janete considerava que cada dia que a filha permanecia viva era uma vitória dessa pequena. Pensei, e disse isso a ela, que era uma vitória dela também: vitória de manter viva a esperança; dito de outro modo, era uma vitória sobre uma possível repetição daquilo que não havia sido inscrito no simbólico. Talvez porque Janete tivesse a possibilidade de *pensar junto com* alguém as fatalidades, os acasos e as repetições de sua própria história.

Os dias passavam, os atendimentos se sucediam no tempo. As intervenções, nesse primeiro momento, centraram-se na separação das histórias: seria possível dar um destino diferente para a dupla mãe e filha? Tal intervenção possuía, conforme considero, dois direcionamentos: a projeção de um futuro para Maria Clara ou, conforme postula Mathelin (1999), “reanimação psíquica”, e, concomitantemente, a retirada dela da “segunda morte” (JERUSALINSKY, 2002), isto é, retirada do efeito mortífero do lugar onde, inconscientemente, pode ter sido posta na rede familiar, em um lugar de não vida.

Maria Clara oscilava drasticamente entre um dia e outro, e até entre momentos de um só dia. Era também de uma dolorosa realidade física que a paciente padecia. O primeiro mês de Maria Clara na unidade não foi fácil; não foi fácil para ela, para Janete e para a equipe. Reanimada, submetida à cirurgia cardíaca, não “desmamava” do oxigênio.

Realizei um atendimento no exato dia da parada cardíaca de Maria Clara. Janete parecia desistir da filha. “Querida conseguir virar as costas e ir embora.” As palavras esclarecedoras de Graham (2004) ajudam-nos a compreender o discurso de Janete. Diz ele: “Às vezes, o sofrimento dos pais é tal que a morte parece ser quase uma opção desejada, por ser um meio de pôr fim a tanto sofrimento tanto dos pais como do bebê prematuro” (p. 185).

Acolhi a profunda dor de Janete e, ao mesmo tempo, tentei “ressuscitar” a esperança de vida para Maria Clara, pois são conhecidos os efeitos do desejo parental na recuperação do filho. Contudo, ajudei Janete a “modular” tal esperança, apontando, quando oportuno, os dados de realidade (WIRTH, 2000): a morte real era uma possibilidade para Maria Clara. Janete buscava uma explicação para tamanho sofrimento; encontrava tal motivo fora de si, na religião. Pensei, nesse momento, que, quando pudesse encontrar a razão em si, ou seja, em suas próprias questões psíquicas, talvez achasse, de fato, uma saída.

Percebi que após esse primeiro mês na UTI neonatal Janete passou a mostrar-se extremamente hostil para comigo. Não tolerava mais os atendimentos, desviava seu olhar do meu, era ríspida em suas falas, fingia dormir quando percebia que eu me aproximava.

Até formular uma compreensão coerente sobre os fenômenos vigentes nesse momento, afastei-me parcialmente de Janete. Sentia-me rejeitada e hostilizada por ela; a sensação de desvitalização, de estar sem vida para atendê-la, alastrava-se por meu corpo e por minha capacidade de pensar, esvanecida.

Gradativamente, pareceu-me haver um movimento transferencial-contratransferencial<sup>57</sup> operando: será que Janete revivia na relação comigo a fantasia de ataque à própria mãe? Seria ela assassina da mãe/terapeuta? Se tal hipótese estivesse correta, outro desfecho fazia-se necessário: era preciso sobreviver aos ataques e à hostilidade de Janete. Reduzir os atendimentos podia configurar-se como uma repetição do abandono/sumiço de uma mãe que, imaginariamente, assassinou. Era preciso, então, continuar vivamente presente ao lado dela.

Segui acompanhando Janete e Maria Clara, a despeito de todos os sinais evidentes de contrariedade da primeira. Ela fingia dormir e eu me sentava ao lado dela e dizia que lá estava, por exemplo. Considero que esse “estar com” assumiu uma função interpretativa. Foi em uma dessas intervenções que ela pôde retomar os atendimentos e eu tive a oportunidade de dizer que percebi sua hostilidade para comigo, e que, a despeito disso, estaria junto delas até o momento final da passagem pela UTI neonatal.

Considerarei também, como outra hipótese, tal hostilidade deslocada de seu alvo principal: a própria filha, que ameaçava a todo instante repetir o trágico desfecho da história de Janete. Mas havia algo no discurso de Janete que revelava possíveis mudanças psíquicas: “Eu só quero ir para minha casa com ela nos braços”.

A vontade de desistir mesclava-se com os fatos reais, típicos do ser mãe em UTI neonatal. Maria Clara era ainda muito pequena e frágil; conservava toda sua energia vital em si mesma, para sobreviver. Não havia, nesse momento, força suficiente para possíveis interações. “Ela está sempre assim; só dorme, não faz nada, não reage [...] dá vontade de desistir [...] mas ela só tem a mim.” De fato, foi possível observar uma postura mais passiva, de espectadora e pouco interativa de Janete em relação à filha no início e meio da hospitalização. Dos dois lados, um bebê e uma mãe frágeis, desamparados e sem referências desse encontro. Considero que um dos efeitos do oferecimento de um espaço de fala para Janete foi reestabelecer a circulação de afetos dela para a filha, estancada pelo traumático de ter um filho recém-nascido em risco de morte (VANIÉR, 2011, informação verbal).

Havia certamente a construção de um vínculo em jogo e uma dinâmica ambivalente em relação à vida da filha. “Flávia nasceu morta, pronto e acabou, não teve isso aqui.” Esse

---

<sup>57</sup> Relativo à contratransferência. Ver nota de rodapé número 39.

“isso aqui” falava do sofrimento que vivia com Maria Clara, que oscilava entre a vida e a morte, instaurando um desfecho desconhecido em que, possivelmente, mãe e filha pudessem viver. Esse “isso aqui” nos dizia também da construção e do fortalecimento de laços afetivos. Esse “isso aqui” recobria diversos fenômenos e desfechos que pareciam ter sido abortados na experiência com a primeira filha, abortados juntamente com ela.

Parecia que aquilo que sofria e que estava impossibilitado de ocorrer, nesse momento e parcialmente, era o investimento libidinal da mãe nesse bebê. Bebê que não coincide com aquele imaginado e idealizado da gestação: fraco, magro, sofredor. “Como colocar este bebê num lugar de ideal onde a ‘falicização’<sup>58</sup> seja possível?”, questiona Mathelin (1997, p. 135). Para Wanderley (1997), esses bebês situam-se “mais do lado da falha do que da falicização” (p. 158). Bebê que não é reconhecido pela mãe, a qual, por sua vez, também não reconhece a si no olhar materno.

Nesse sentido, Aragão (2011) defende a tese de que o tempo da gestação física corresponde ao tempo necessário da gestação do bebê no psiquismo materno. De acordo com a autora, o período gestacional possibilitaria à mulher a construção de um espaço psíquico de acolhimento a esse novo ser. De estrangeiro a familiar.

O trabalho de imaginação do bebê que virá apoia-se nas alterações corporais causadas pela gestação. Nas palavras de Aragão (2011): “Supomos que as experiências corporais da mãe, as mudanças físicas que se passam durante a gravidez, sejam indissociáveis das suas experiências psíquicas” (p. 40). Destacam-se os movimentos do feto como facilitadores da construção do bebê imaginado e sua inserção no registro familiar.

Dessa forma, Aragão (2011) considera que, do mesmo modo que o corpo físico da mulher se reestrutura para acolher esse novo ser dentro de si, o psiquismo também realiza rearranjos, a fim de acolher o bebê, inicialmente tido como estrangeiro. Postula, então, uma oscilação – dinâmica ambivalente – entre aquilo que denomina de “narcisismo englobante”, que inclui a criança no narcisismo materno, e o “narcisismo excludente”, quando o bebê é tomado como um invasor estrangeiro.

Poderia supor, com base em tais considerações teóricas, que com Flávia predominou, psiquicamente, o narcisismo excludente, o próprio corpo e psiquismo de Janete não reconhecendo o feto e o bebê, respectivamente. Minha aposta seguia na direção de que com Maria Clara prevalecesse o narcisismo englobante, uma vez que, acompanhada, Janete poderia dar espaço à ambivalência simbolicamente, via fala, e não concretamente, via corpo.

---

<sup>58</sup> No sentido de investimento afetivo, que (re)conduza o bebê à posição de “Sua majestade, o bebê”, descrita por Freud (1914a).

Apoiando-se na simultaneidade da gestação física – do feto no corpo da mulher – com a gestação psíquica – do bebê no psiquismo materno –, alguns autores, como Aragão (2011) e Zornig, Morsch e Braga (2004), afirmam que o parto prematuro rompe com a gestação física e psíquica desse bebê na mãe.

Todo nascimento provoca certa angústia e demanda um remanejamento psíquico dos envolvidos. Druon (1999) afirma que, nos casos de nascimento prematuro, tais fatos intensificam-se: “Quando se trata de um nascimento prematuro, é uma ‘tempestade psíquica’ que se abate sobre o casal, onde a realidade se junta à fantasia, na qual o bebê idealizado da gravidez não corresponde em nada ao bebê da incubadora” (p. 37).

Profundamente abalados em seus narcisismos, os pais apresentam dificuldades em reconhecer – e adotar – esse bebê real como sendo o *seu* bebê. Nota-se como pode ser difícil pôr esse bebê em seu trono, ou seja, pô-lo em lugar passível de investimento de um outro. Por sua vez, o bebê, devido a sua imaturidade, encontra-se menos capaz de ser membro ativo da interação.

O real em todo seu horror conduz o jogo [...] A mãe, engolida pelo real, não pode ser tranquilizada. O filho prematuro não pode vir em socorro de sua mãe; ele mesmo está disso impedido por sua fraqueza e por vezes também pelo funcionamento da equipe de reanimação. O bebê deixa a mãe sozinha diante de sua angústia. Ele falta ao encontro da reparação. (MATHELIN, 1999, p. 67).

Pareceu-me que Janete estava, de fato, diante de um encontro faltoso: sozinha no encontro ao qual Maria Clara não pôde comparecer, nesse momento, como Janete desejaria.

O processo mútuo de fabricação de um bebê por uma mãe e de fabricação de uma mãe por seu bebê, usando os termos de Mathelin (1999), fica prejudicado quando uma das partes não realiza aquilo que é dela esperado. Quando tudo vai bem, o bebê encontra-se em condições de exercer diversas formas de comunicação. E mais: possui a magnífica habilidade de capturar a atenção do outro, demanda sua presença e seu investimento. Enfim, seduz.

Um bebê prematuro, como Maria Clara, graças à imaturidade biológica, tem a capacidade de sedução diminuída. Ele concentra toda sua força vital em sobreviver, restando pouca ou nenhuma energia para possíveis interações. Do outro lado, tem-se uma mulher se esforçando para sustentar o traumático da situação e realizar o luto daquele filho que não veio. Importante ressaltar que, ao lado de um bebê prematuro, há também uma mãe prematura, que do mesmo modo deverá encontrar outros meios de interação com o próprio filho. Nas palavras de Batista Pinto (2004): “O nascimento prematuro [...] produzirá um bebê prematuro, mas

também pais prematuros, porque a gravidez psíquica da mãe e do pai é interrompida e, frequentemente, estará associada a condições traumatizantes e difíceis” (p. 180). Difícil investir em um bebê tão alheio às características projetadas para ele; difícil capturar o investimento de alguém que, assustado, aguarda por aquele que não virá.

Nesse cenário, as intervenções psicológicas voltaram-se para o resgate do vínculo, ao propiciar um encontro entre a dupla nas condições reais em que se encontravam. Dessa forma, ajudava Janete a reconhecer os traços e as características da filha, atribuía sentidos aos movimentos de Maria Clara, nomeava o esforço de ambas para atravessar essa situação dolorosa.

Recorro a Mathelin (1999), que nos consagra com uma belíssima imagem ilustrativa desse (des)encontro: “Por trás das vidraças da unidade, por trás dos vidros das incubadoras, espelhos que nada refletem, as mães têm dificuldade de olhar um filho que não lhes envia nada da própria imagem delas” (p. 25). Desencontro esse que pode ser facilitado ou dificultado pelas intervenções da própria equipe de saúde entre mãe e bebê prematuro (GOMES, 2009).

De fato, a situação que se instala com uma mãe e um bebê prematuros é extremamente complexa. Sabemos desde Freud (1895) que o recém-nascido nasce em um estado de prematuridade, seja a termo ou não, dado que necessita de um outro para sobreviver física e psiquicamente. Desamparo esse que retornará na vida do sujeito diante de situações traumáticas (FREUD, 1926). Ora, no cenário de uma UTI neonatal estão sobrepostos o estado de desamparo do bebê e a situação de desamparo da mãe. Vejamos como a intervenção psicológica pode ser efetiva nessas condições.

Janete acenava esperança, apesar dos obstáculos presentes. “Agora, temos que acompanhar”, afirmava. Concordo com ela: faz-se fundamental a presença de alguém, de um acompanhador, aquele que acompanha a dor do outro – eu acompanhava a dor de Janete; Janete, acompanhada, acompanhava a dor de Maria Clara. Eis a dita *clínica do holding* em movimento, clínica que, como assim sugere Boukobza (1997), necessita de um terceiro testemunha<sup>59</sup>. Assim, tem-se as funções de sustentar e testemunhar como modalidades de cuidado subjacentes às intervenções (FIGUEIREDO, 2009).

Maria Clara seguia, incansável, sua busca pela vida. Livrou-se da ventilação mecânica, respirando apenas com o auxílio do CPAP, o qual, tempos depois, também foi

---

<sup>59</sup> Embora a autora, ao descrever aquilo que considera “*clínica do holding*”, mencione a noção de “terceiro testemunha”, não segue adiante no desenvolvimento dessa faceta. Penso ser esse um ponto fértil para o trabalho psicológico na clínica dos cuidados intensivos neonatais.

retirado. Esse era o primeiro momento em que eu presenciava um sorriso alegre de Janete, a qual oferecia seu colo à filha (mãe-canguru). Era também o primeiro testemunho da atribuição de uma característica à Maria Clara: “Ela é reclamona”, proferiu Janete. Enfim, a identificação de um traço, a suposição de um sujeito, a projeção de algo. Verifica-se como a proximidade física e a possibilidade de acolhimento do bebê auxiliam no fortalecimento do vínculo.

Janete justificou, para mim e para si, a fase desesperadora que havia passado: “Eu não ia deixar ela aqui, mas no desespero a gente fala cada coisa!”. Acolhi Janete e ofereci espaço para que a ambivalência se manifestasse. Novamente vê-se com este caso a ambivalência, típica a qualquer gestação, concretizar-se. A culpa invade o cenário cruelmente, contaminando de tal forma o campo que, por vezes, tal fantasia se alastra: essas mulheres são vistas como culpadas. É necessário um esforço a fim de não fornecer um estatuto de realidade a esse campo de fantasias.

A pequena paciente passou a respirar apenas com o auxílio de oxigênio na incubadora. E Janete sentia-se sufocada pela alta hospitalar que não chegava. Voltou a iniciar uma série de queixas sobre Maria Clara: “Não faz nada e fica cansada. Cansada tô eu de vir aqui todo dia”. Era do cansaço físico e psíquico que Janete nos dizia. Mostrava-se impaciente e insatisfeita com a filha; proferia ameaças de abandono: “Vou dar você para adoção viu?!”. Seria insuportável mãe e filha conviverem? Será que Janete ameaçava Maria Clara de ter o mesmo destino que o seu, o de ser “abandonada” pela mãe?

Nesse mesmo dia havia grupo de pais na unidade. Janete repetiu sua fala de abandono para todos, o que gerou “barulho” no grupo e vários candidatos a “pais adotivos” para Maria Clara. A “mascote da unidade” possuía diversos pais provisórios.

Mas Janete falou mais; discorreu sobre sua dificuldade em conceber que houvesse mais alguém entre ela e a filha. “Não tenho paciência de dividir as coisas [companheiro], só ela já chega.” O mais revelador se seguiu, nesse belíssimo lapso, inconsciente que se fez emergir: “Tenho sonho de SER [ter] filha única, não quero mais filho, ela vai preencher esse sonho”. Segui imaginando como Janete havia sido criada pelos familiares: teria alguém a adotado de fato? Teria alguma pessoa específica assumido as funções parentais? O que Janete sabia de sua própria história? Ou melhor, que fantasmas<sup>60</sup> teria construído com base no desconhecimento de sua origem, fantasmas que rondavam a incubadora de Maria Clara?

---

<sup>60</sup> No sentido de fantasias psíquicas.

Maria Clara, já crescida após três meses de internação, não conseguia respirar sem auxílio de oxigênio. Um tubo com saída de oxigênio permanecia ao lado do rosto dela, com o mínimo de concentração possível. Em uma visita multiprofissional, a equipe médica falou das inúmeras tentativas malsucedidas de retirada do oxigênio. “Deixei o tubo do lado dela, mas sem oxigênio, para ver se só a presença do tubo bastava, mas daí a saturação caiu de novo!”, contou-nos uma residente. Em tom de brincadeira, um médico assim disse: “Renata, acho que o problema dela é psicológico”, e todos riram. Considerei que, embora tal fala passasse pela via da brincadeira, revelava algo interessantíssimo: primeiramente, os bebês começavam a ser dotados de vida psíquica pela equipe, função essa do psicólogo instaurar e/ou resgatar junto com os colegas (CATÃO, 2002; MATHELIN, 1999; WANDERLEY, 1997); ademais, tal fala alertou-me para o seguinte fato: estaria Maria Clara ajudando a própria mãe, ao dar-lhe mais tempo para assumi-la, e também mais tempo de elaboração psíquica?

Antes que pudesse atender mais uma vez Janete e Maria Clara individualmente, escutei Janete no grupo de pais. Nesse encontro, ela discorreu emocionada sobre o desejo de ir embora para casa com a filha. Como dito anteriormente, considero que a angústia estava justamente em poder sair do hospital com a filha viva: diante do inédito, como seria a história de mãe e filha juntas?

Interessante notar o jogo de palavras que Janete fez com a palavra “saturação”: “Estou saturada desta situação”, e a constante queda de oxigenação de Maria Clara: “Ela só dessatura”. Considero que o grupo teve função fundamental para ambas, mãe e filha, ao permitir o compartilhamento e a *rêverie* (BION, 1962) grupal: após esse encontro Maria Clara foi “desmamada” do oxigênio, saturava bem. Será que o grupo havia propiciado certa “saturação” para a própria Janete? Será que, de alguma forma, seus pensamentos haviam sido oxigenados, isto é, houve função de acolhimento e elaboração?

Em um atendimento dias após o grupo, encontrei Janete sorridente; contou-me sobre a retirada do oxigênio da filha e as constantes “manhas” que Maria Clara fazia quando ela não estava próxima. Relatou que a filha estava “muito grudada em mim, dependente demais”, e, nesse ponto, emocionou-se. O que será que esse choro revelava? Seria uma mistura de desejo e de medo de um vínculo mais estável, diferente de outros? Recordo-me de certa fala de Janete a respeito da outra filha, Flávia: “Com ela não teve isso aqui”, e de como entendi o “isso aqui” como um vínculo em construção.

No momento em que Janete repetia a fala sobre a retirada do oxigênio e a crescente “manha” de Maria Clara, eu disse para a mãe, dando voz à filha: “Mamãe, agora não preciso mais de oxigênio, tenho você comigo e isso me faz respirar”. Janete riu diante de tal fala.

Considerarei que Maria Clara pôde trocar o oxigênio pela mínima estabilidade do vínculo com a mãe. Talvez, nesse momento, Janete conseguisse enviar um fluxo de vida para a filha, diferentemente do sangue da placenta que não chegava ou do oxigênio do ar que não bastava.

Tal intervenção possuiu um duplo direcionamento: ao bebê e à mãe. É parte da proposta interventiva resgatar o bebê como sujeito psíquico e, nesse sentido, verbalizações são endereçadas a ele. Ao mesmo tempo, tais falas incidem sobre a mãe; nesse caso específico, apontavam para o vínculo em construção e para as demandas de Maria Clara. Como bem considera Wanderley (1997), esse tipo de intervenção ajuda-nos a definir os limites do atendimento, que é da dupla mãe-bebê.

No último atendimento (que não sabia ser o último, mas posteriormente considerei que Janete o soube de alguma forma), ela discorreu sobre a gestação anterior, de Flávia, e a atual, de Maria Clara, perpassando todas as dificuldades e as dores enfrentadas. Vinculou a alta hospitalar próxima ao dia previsto para o nascimento da filha. Vê-se também neste caso, assim como no anterior, a fantasia comum de que o serviço conclui a gestação e repara o bebê dos danos que sofreu (DRUON, 1999).

Considero que durante o período de internação foi possível a Maria Clara nascer psiquicamente para Janete. É nesse sentido, de uma separação que do ponto de vista psíquico não ocorreu para a mãe do bebê prematuro, que Mathelin (1999) visualiza riscos: ao supor o bebê como ainda não nascido, não se demanda, nem tampouco se espera, algo dele.

E aqui penso ser pertinente uma breve digressão a respeito da função que a instituição hospitalar pode assumir na relação mãe-bebê.

Início com a citação de um belo trecho escrito por Mathelin (1999):

Nossa convicção hoje é que a hospitalização não é obrigatoriamente fonte de complicações psicológicas para o bebê, mas pode, ao contrário, permitir – contanto que estejamos à escuta da família tanto quanto à escuta dele – salvar não só a pele de uma criança, mas também sua ‘pele psíquica’; é nisso que o papel da unidade, para além dos cuidados, é essencial. (p. 26).

As dificuldades inerentes ao processo de hospitalização do recém-nascido não deixam, necessariamente, marcas prejudiciais no desenvolvimento dele. Tudo dependerá, diz-nos Mathelin (1999), de como foram a passagem e a estadia de cada bebê na unidade. Nesse sentido, a postura da equipe adquire lugar fundamental: “Pode-se furar o corpo se não se fura o simbólico. Se não tiver havido ‘furo’ em suas histórias, se suas referências significantes tiverem sido respeitadas, não haverá catástrofe” (MATHELIN, 1999, p. 92).

Porém, de que forma o serviço contribui para tanto? Via dupla função: ao autorizar e permitir que a mulher torne-se mãe, bem como ao posicionar-se como um terceiro que separa mãe-bebê, a fim de que se garanta um “projeto vivo” para a criança (MATHELIN, 1997, 1999). Analisemos mais de perto.

De acordo com a autora, a equipe do serviço de Neonatologia tem como uma de suas funções possibilitar que a mãe invista em seu bebê e o assuma. Para tanto, faz-se necessário que o serviço não fique no lugar de mãe toda-poderosa, de únicos que sabem cuidar dos bebês. Ao contrário, sempre que possível vale reforçar para as mães a importância da presença delas e de seus conhecimentos sobre o filho. Ninguém conhece mais determinado bebê do que a própria mãe; nessa perspectiva, pode-se questioná-las sobre seus filhos: o que você acha que ele prefere? “Este convite, ou talvez esta autorização a projetar-se sobre a criança, a ‘antecipar’, permite à mãe ‘fabricar’ seu bebê, ao mesmo tempo em que permite ao bebê ‘fabricar’ sua mãe” (MATHELIN, 1999, p. 136).

Lembra-nos a autora que a maternidade não é um conto de fadas; que o ser mãe e o ser filho são um processo construído no e pelo tempo: muito antes da gestação, na época em que ainda a mulher brincava de ser mãe, imitando a própria mãe. Mas, diante das condições em que mãe e bebê se encontram, Mathelin (1997) questiona: “Essas crianças doentes, essas mães feridas, estariam prontas para viver juntas? As mães têm medo das suas pulsões mortíferas e o hospital, função paterna, mediadora, pode vir para protegê-las disso” (p. 139).

Assim, para além da função de autorizar e permitir que a mãe se torne mãe e assuma seu bebê como filho, o hospital adquire também a função de ser um outro, um terceiro que separa mãe e bebê: “O hospital, que vem ocupar o lugar de terceiro, pode então proteger a mãe do seu filho e a criança de sua mãe, absorver a violência mortífera da fantasia deles” (MATHELIN, 1999, p. 137).

É função do serviço dar voz e ouvir o ódio que perpassa essa relação tão delicada e tão forte; ódio esse que faz parte, mesmo que inconscientemente, da relação pais-filho, quer este tenha nascido com doenças ou não. Pode ocorrer a projeção dessa violência e desse ódio para a equipe e para o hospital. Cabe aos membros do serviço compreender que se trata de um mecanismo psíquico que visa assegurar para essa mãe que ela não é tão má. Seria nesse tempo de separação, intermediada pelo hospital, que a mãe teria a chance de confeccionar sua própria maternidade. Diante disso, Mathelin (1997) afirma: “Se o tempo de hospitalização restaura o bebê, deve também permitir à mãe restaurar sua própria imagem, senão à saída do serviço ela será incapaz de cuidar do seu bebê” (p. 136).

Penso que tais considerações ajudam na reflexão sobre a relação de Janete e de Maria Clara. Vimos como Janete parecia repetir inconscientemente fenômenos de sua história com a própria mãe nas gestações que concebeu, somado ao fato da importante ambivalência de ser mãe e ter um filho. Hipotetizo que a separação imposta pela hospitalização de Maria Clara, acrescida do acompanhamento psicológico, auxiliou Janete a se (re)posicionar subjetivamente como mãe e como cuidadora, além de ter permitido a produção de um espaço e de um afastamento necessários de Maria Clara, para que o ódio se manifestasse em outras vias (com a equipe e comigo, por exemplo) que não exclusivamente na relação com a filha.

O hospital garantiria à mãe que seu filho sobreviveria apesar dela, apesar de seu ódio e sua violência contra esse bebê, diminuindo, assim, seu sentimento de culpa. Em um tempo posterior, essa função do hospital também possibilitaria à mãe perceber que seu filho podia sobreviver porque a tinha, função que se fez evidente quando intervimos afirmando que Maria Clara pôde respirar só, justamente porque havia um vínculo mais bem estabelecido com a mãe. Como bem afirma Mathelin (1997): “Ele [hospital] vem garantir à mãe que a criança, num primeiro momento, viverá apesar dela, o que atenua sua culpabilidade; e, num segundo tempo, se a mãe é *acompanhada*, que seu filho viverá graças a ela” (p. 139, grifo meu). Compreendo que esse acompanhamento adquire a função de investimento nessa mãe-mulher, ou, como acertadamente diz Battikha (2003), pode narcisizar e libidinizar a mulher como mãe. Isso significa restituí-la da função e do lugar maternos.

A função de terceiro fornecida pela instituição almeja, da mesma forma, que a mãe possa assumir seu bebê como um outro, separado dela. O bebê já nasceu! Para que isso ocorra, é necessária a simbolização desse nascimento diferente. Nas palavras de Mathelin (1999):

O mais precioso no tempo da hospitalização será permitir corte, perda, terceiro. Questionando o todo-poder médico, é com um trabalho de luto que estaremos confrontados enquanto equipe e é também num trabalho de perda e de separação que teremos que apoiar os pais para que cada um se encontre em posição de sujeito (p. 71).

Voltemos. No fim do atendimento, Janete retomou sua própria história. Era como se ela fizesse um resgate de tudo o que percorremos em nossos atendimentos. Paralelamente, retomei a passagem árdua pela UTI neonatal e enfatizei como essa história podia ter um final diferente e como possivelmente isso a assustava. Durante todo o atendimento, dei voz à Maria Clara e falei com e sobre ela e a história dela e de Janete.

#### 4. O atendimento na situação de óbito

*Se em um instante se nasce e um instante se morre, um instante é o bastante pra vida inteira.*

Cecília Meireles

O atendimento aos pais e aos familiares na situação de óbito do bebê supõe uma ação integrada e conjunta da equipe multiprofissional. Cada profissional, dentro de sua especificidade, realiza intervenções com a finalidade de comunicar, esclarecer dúvidas, orientar e acolher emocionalmente os familiares do recém-nascido falecido. Evidentemente, esta última intervenção é realizada de forma técnica por mim.

É rotina na unidade, quando um bebê falece, acolher os pais em um local que garanta certa privacidade para receber a notícia da morte e esclarecer possíveis dúvidas. Durante esse período, o corpo do bebê é preparado para os pais o receberem, caso assim desejem. Em consonância com a literatura no tocante ao desenvolvimento de um processo de luto saudável<sup>61</sup>, oferecemos a possibilidade de os pais tomarem o bebê no colo, despedindo-se dele e estimulando, na medida do possível, falas, toques e gestos de carinho para com o bebê (BRAGA; MORSCH, 2003; KLAUS; KENNEL, 1992).

Proporcionar aos pais e familiares a chance de ver, tocar e fotografar o bebê morto, mesmo que com uma aparência diferente da de antes, auxilia a transformar essa experiência em realidade. Tais condutas, segundo Klaus e Kennel (1992), ajudam os pais “[...] a conscientizarem-se de que o bebê realmente nasceu, viveu e está, agora, morto. A confirmação da morte do bebê geralmente ajudará a iniciar e facilitar seu processo de luto” (p. 295), já que fornece um estatuto concreto de recordações dessa realidade.

Evidentemente, não tomamos tal consideração como uma regra; assim, em certos casos, tal conduta pode ser prejudicial para os pais, por isso torna-se fundamental o acompanhamento psicológico prévio deles. Embora a possibilidade de ver ou não o filho seja oferecida aos pais, sabemos que no momento do óbito há importante desorganização mental, sendo, dessa forma, difícil para eles tomar tal decisão. Então, de acordo com a história prévia e as características da constituição subjetiva dos pais, incentivamos ou não o contato com o bebê.

Difícilmente estou presente no momento exato do falecimento de algum bebê, porém, quando isso ocorre, percebo que tenho duas frentes de intervenção. Uma delas se dá

---

<sup>61</sup> A literatura descreve que a falta de contato e de despedida do morto pode constituir-se como um sinal de risco para o estabelecimento de um luto complicado (KLAUS; KENNEL, 1992).

em torno dos pais e/ou familiares presentes. Nessa situação, o atendimento almeja propiciar a devida despedida entre eles e o bebê, bem como acolhê-los no sofrimento subsequente.

Ao mesmo tempo, o trabalho com a equipe torna-se fundamental: sustentar, junto com eles, a necessidade de devolver, para pais e familiares, a escolha do destino do bebê e a possibilidade de vê-lo, tocá-lo e dele despedir-se, ainda que nesse momento de não vida do bebê; posteriormente, acolher, em conversas informais, o sofrimento oriundo de mais uma morte para nós, equipe.

#### **4.1. Helena e Ana Beatriz: revisitando perdas, proporcionando lutos**

Aos olhos de qualquer membro da equipe os dados do prontuário de Ana Beatriz revelavam um cenário “psi”: “Este é um caso para você, Renata”, disse a enfermeira enquanto eu abria o prontuário. Logo compreendi sua fala quando li: “G4, P2, A1 – filhos vivos: 0”. Dito de outro modo: quatro gestações, dois partos, um aborto espontâneo e nenhum filho vivo. Quarta gestação, nenhum filho vivo: eis um dos cenários constantes em cuidados intensivos neonatais.

No dia seguinte ao nascimento de Ana Beatriz, ocorreu a visita multiprofissional e Helena, sua mãe, estava presente. Esse foi meu primeiro contato com ela, no qual pude apresentar-me. Depois de discutidos os aspectos clínicos da paciente, que nasceu prematura na 27ª semana gestacional, com extremo baixo peso<sup>62</sup>, Apgar baixo e insuficiência respiratória, a equipe médica conversou com Helena sobre a gravidade da saúde extremamente frágil de Ana Beatriz. Eufórica, reagiu sorrindo entre lágrimas: “Sei que vai ser diferente; tenho fé em Deus que ela ficará bem”.

Nesse mesmo dia realizei o primeiro atendimento a Helena. Logo que percebeu minha aproximação, ela sorriu e retomou sua fala de fé na sobrevivência da filha. Pedi a ela que me contasse sobre “Como estão as coisas por aqui”, na tentativa de deixar o campo aberto e verificar quais as angústias emergentes.

Seguiu rapidamente para a cena do parto e para os momentos antes do nascimento de Ana Beatriz: descreveu em minúcias o início das dores durante a madrugada, sua reação a elas, a arrumação da sacola para o hospital, a espera pelo táxi que não chegava, a condução até o hospital em uma viatura de polícia. Eis o cenário que Helena descreveu: solitária com suas dores.

---

<sup>62</sup> Menos de 1000 gramas.

Na realidade, essa era apenas parte do cenário. Helena discorreu também sobre a sensação de uma recepção violenta que teve quando chegou ao hospital. Violência e dores não compartilhadas que, como veremos, nos revelam o cenário de sua história de vida.

Chegou ao hospital em pleno trabalho de parto expulsivo. Seguindo na descrição pormenorizada da cena do parto, contou sobre as dores silenciadas, a observação da equipe, as companheiras de quarto.

Tal discurso de Helena me fez lembrar das considerações de Mathelin (1999) a respeito da situação de prematuridade para mãe e filho. A autora é categórica ao afirmar que a violência precede e procede ao nascimento de um bebê prematuro. Precede, pois é na urgência que o nascimento do bebê ocorre; a sensação para as mães é de serem invadidas e roubadas. “Tiraram algo meu de mim.” O parto prematuro rompe com todos os projetos e com todas as expectativas para o dia do nascimento do bebê.

A violência também procede ao parto. Agora, diz-nos Mathelin (1999), é a violência das palavras que impera. Palavras que não veiculam qualquer esperança para os pais à qual possam agarrar-se. Não se sabe se viverá ou morrerá.

Os casos de parto prematuro sem aviso prévio, como o de Helena, caracterizam a situação de surpresa e de choque (FERENCZI, 1934; FREUD, 1926), evidenciando a falta da angústia sinal e impossibilitando ao sujeito a construção de defesas adequadas contra o trauma. Nesses casos, é a agústia automática que entra em cena e sinaliza, na realidade, a própria situação traumática (FREUD, 1926).

A sensação de irrealidade invade a mulher. Justamente porque é no final da gestação que ela tem mais facilidade de se conceber como mãe e de imaginar seu filho: “Os últimos meses de gravidez, quando o ventre está bem redondo, quando se vê o bebê, quando a mãe o sente mexer e aprende a conhecê-lo, são momentos extremamente importantes para a construção da criança, mas também para a construção da mãe” (MATHELIN, 1999, p. 66).

A prematuridade rompe, também, com o reconhecimento social dessa mulher como mãe. Por todos esses motivos o bebê é visto pela mãe como “decepcionante, uma vez que a mãe se sente decepcionante por não ter podido levar a contento essa gravidez e pôr no mundo um belo filho saudável” (MATHELIN, 1999, p. 66). Na realidade, considero que, em todos os casos que os recém-nascidos são conduzidos aos cuidados intensivos, sentimentos de incapacidade, impotência e culpa estão presentes nas mães.

Voltemos ao relato de Helena. Ao final, contou sua reação quando percebeu que a filha havia nascido: “Ela está viva!”, ao que a equipe reagiu com certo espanto, conforme seu discurso.

A fim de que pudesse falar sobre seus outros filhos, indaguei: “E por qual motivo você acha que proferiu essa fala?”. Segui, então, acompanhando todas as gestações e as perdas anteriores; ouvia um relato emocionado e emocionante.

Seus dois primeiros filhos, meninos, nasceram prematuros: o primeiro viveu por dez horas e o segundo, por 21 dias. Abalada pela situação até então inédita em sua vida, Helena relatou que não teve coragem para ver seu primeiro bebê nos cuidados intensivos, apenas o conheceu no momento do enterro. De acordo com Helena, essa primeira gravidez foi muito indesejada por ela, o que fez com que significasse a morte do filho como uma punição a possíveis sentimentos de rejeição. Já o segundo filho, acompanhou durante a hospitalização. “Mas fiquei muito pouco com ele; tinha que dividir o horário de visita com o pai dele.” A terceira tentativa de ter um filho também não se concretizou: abortou espontaneamente no terceiro mês de gestação.

Helena relatou que, após a terceira perda, resolveu mudar de vida: separou-se do marido, ingressou na faculdade, retomou atividades profissionais. Não mais pensava em gestar um filho até que “Aconteceu!”. E “aconteceu” com um jovem rapaz que, conforme seu relato, não podia prover-lhe sustentação financeira e emocional naquele momento.

Não havia avisado ninguém sobre o nascimento de Ana Beatriz: “Ninguém sabe... [choro] nem minha mãe sabe, não pude contar para ela que estava grávida”. O motivo, de acordo com Helena, era o preconceito da família; logo revelou que se tratava, na realidade, de um preconceito próprio. “Vou ser mãe solteira? Sempre fui criada no cabresto... e agora estudei e sou mãe solteira?” Falou da vergonha de ter engravidado e da tentativa de esconder a gestação: “Só ia aparecer com a criança no colo e pronto, não ia ter gravidez”.

Foi nesse cenário que demorou para descobrir a gestação e frequentou pouco as consultas de pré-natal. “Eu descobri e não descobri, sabe?” Sim, é bastante conhecida a enorme ambivalência que acomete as gestantes. E acrescentou: “Não sei por que perco meus filhos, não sinto nada nas gestações”. Sabe-se também do poderoso mecanismo defensivo de negação, uma negação que pode funcionar como proteção ao bebê: será que, ao negar a existência de Ana Beatriz, Helena estaria, na realidade, protegendo-a de ataques hostis? Haveria um lado que deseja e outro que ataca? Afinal, em última instância, não se trata justamente disso quando nos referimos ao fenômeno da ambivalência?

Ao final desse primeiro atendimento, Helena revelou a fé e a esperança de que a filha sobrevivesse. Ela disse: “Essa história vai ser diferente, já começou diferente pois é uma menina!”. Esse podia ser um passo para um caminho distinto; porém, o fundamental a ocorrer seria a alteração do lugar psíquico destinado aos filhos.

Entre o primeiro atendimento e o segundo, último, passou-se um fim de semana seguido de feriado. Meu último encontro com Helena ocorreu no momento exato do falecimento de Ana Beatriz. Assim que adentrei a unidade, vi Helena amparada por uma residente e por uma enfermeira, dirigindo-se para a sala de enfermagem. Imediatamente imaginei o ocorrido. Ela havia acabado de receber a notícia de falecimento de sua filha; desesperada, chorava e gritava. A residente tentava acalmá-la com falas consoladoras e tamponadoras da angústia, o que gerou efeito contrário: à medida que afirmava “Foi melhor assim, ela teria muitas sequelas”, Helena se desesperava mais e mais.

Voltou-se contra a equipe médica da obstetrícia: ela precisava encontrar um responsável por aquela situação. Centrou-se, novamente, na cena do parto. Pareceu-me que tal vivência, sentida por ela como não *holding*, reatualizava, possivelmente, experiências passadas e por isso adquiria tamanha importância em seu discurso.

Embora produzisse tal fala, Helena tinha clareza de que a filha possuía diversas complicações pulmonares e que esse era o fator principal do óbito. Entretanto, considerei que ela precisava atribuir uma responsabilidade externa ao ocorrido que não tivesse origem nela<sup>63</sup>. Intervim no sentido de elucidar que perder outro filho era por extremo doloroso e que, novamente diante disso, precisava encontrar uma explicação.

A residente retirou-se; comuniquei à Helena que ficaria ao lado dela. Passaram-se então quatro horas de acompanhamento da história de Helena. Entre risos e choros percorreu a infância sofrida, marcada por necessidades não satisfeitas, desde as mais vitais fisicamente até aquelas indispensáveis psicologicamente. Com mais inúmeros irmãos, não pôde receber aquilo de que precisava. Um cenário marcado por extremo desamparo, beirando a violência. Quanta hostilidade vivida em relação à própria mãe, que não pôde prover cuidados adequados. Nota-se como o “estar com” – acompanha-dor –, com uma escuta disponível, pode assumir um efeito benéfico e, quiçá, terapêutico. Havia barulho e voz, onde até então havia silêncio e dores não compartilhadas. Um outro que sustenta, acolhe e testemunha: elemento-chave para a elaboração de lutos (BENAVIDES; BOUKOBZA, 1997; FIGUEIREDO, 2009; MATHELIN, 1999).

O luto a ser realizado por Helena ultrapassava o da morte de Ana Beatriz e dos outros bebês que faleceram. A dor e o sofrimento vividos com essa última perda apontavam

---

<sup>63</sup> Não intento, obviamente, considerá-la responsável e culpada pela perda consecutiva de seus filhos. Apenas aponto a necessidade dessas mulheres de voltar a si mesmas, no sentido de refletir sobre as vicissitudes das próprias histórias de vida e seus efeitos nos acontecimentos atuais.

também, conforme apreendi do discurso de Helena, para a capacidade de gerar um filho com vida saudável.

Passei a sustentar a hipótese de que o nascimento precoce dos bebês do ventre de Helena, aliado ao lugar de não vida que, inconscientemente, destinava a eles (intensa ambivalência – querer e não querer um filho), estava intimamente relacionado a sua própria história: um ataque ao ser mãe, um ataque a esses “filhos/irmãos” de quem não saberia cuidar (ela)/de quem não havia conseguido cuidar (mãe).

Intentei, com essa hipótese, resgatar a dimensão psíquica presente no corpo físico. Não há corpo sem psiquismo nem psiquismo sem corpo. No caso de Helena, nada em termos médicos justificava os partos prematuros que teve. Sustento a hipótese de que se tratava de uma repetição inconsciente que visava simbolizar um trauma passado, reencenado. Ao não ser representado, era atuado.

Porém, no último atendimento, não encontrei espaço para qualquer tipo de interpretação na direção mencionada, além de considerar que tal intervenção poderia repetir uma situação de violência e de não *holding*. Nos instantes de mais calma convidei-a a falar sobre seus momentos com Ana Beatriz. Foi então que se seguiu uma longa, pormenorizada e emocionada descrição do último dia de mãe e filha juntas, em vida: o acompanhamento de Helena às oscilações de Ana Beatriz; a massagem na barriga da filha, a fim de auxiliá-la na diurese, já sem funcionar; as palavras de conforto, a presença e o carinho, para demonstrar que lutava por e com ela; a dificuldade de ir para casa e deixá-la quando, por mais que tentasse negar, percebia a piora de Ana Beatriz; a sensação de morte iminente; a noite de insônia, a vinda tardia ao hospital, o momento da reanimação; o óbito. Percebeu o modo pelo qual pôde ser mãe da própria filha nesse cenário.

Chamou-me a atenção que seu discurso sobre os momentos que viveu com Ana Beatriz na UTI neonatal fosse perpassado por termos médicos. Encontrei em Agman, Druon e Frichet (1999) e em Morsch e Braga (2007) considerações importantes a esse respeito.

Em relação às mães, Agman, Druon e Frichet (1999) destacam, inicialmente, “a dificuldade que tem a mãe de se sentir mãe enquanto o bebê está no serviço” (p. 27). Postulam que, ao sair da maternidade, a mãe ocupa um lugar mais de médico do que de mãe; diante disso, afirmam que essas mulheres não estão no estado de preocupação materna primária<sup>64</sup>, descrito por Winnicott (1956), mas sim no estado de “preocupação médico-primária”.

---

<sup>64</sup> Ver nota de rodapé número 23.

Esse conceito desenvolvido pelas autoras foi elaborado para descrever certos comportamentos maternos durante a estadia de seu filho na UTI neonatal. Muitas vezes lançam-se nas prescrições médicas e nas anotações da Enfermagem, controlam os monitores, falam sobre o próprio filho em termos médicos, entre outros. De fato, essa é cena comum e rotineira no serviço.

Morsch e Braga (2007) propõem uma delicada e pertinente reflexão sobre esse conceito. Ponderam que essa atitude da mãe pode ser vista com “maus olhos”: em vez de exercer a função materna tal qual concebemos – e esperamos que ela faça –, essa mãe pode se voltar para os aspectos médicos de seu bebê. Frequentemente se pensa que elas trocaram de papel e de função com os profissionais da unidade e, então, deixaram de cumprir aquilo que é esperado delas: que se devotem a seus bebês, que falem com eles, que os acariciem.

O risco que se corre, alertam-nos as autoras, é o de adotar uma visão valorativa dos fenômenos em questão. Defendem a tese de que, ao se apropriar da linguagem médica, dos informes nos prontuários, as mães estão, sim, exercendo a função materna. Função materna que é possível dentro desse contexto, que muitas vezes dificulta o toque, o olhar e a intimidade. “É imprescindível contextualizar e redimensionar esta prática. O que temos aqui é uma modalidade interativa que se tornou possível graças a uma disposição materna de envolver-se com seu filho” (MORSCH; BRAGA, 2007, p. 628).

Sem dúvida, tais comportamentos podem ser concebidos como um caminho de aproximação ao filho. Ademais, falar como os médicos também aproxima essas mulheres da figura de poder, daquele que sabe sobre os bebês e, portanto, que sabe sobre o bebê de cada uma. Tal fenômeno pode configurar-se como um resgate do saber sobre o próprio filho. Não se trata de afirmar se é melhor ou pior: é a interação *possível* nesse momento.

A aposta é que tal encontro entre mãe-bebê permite que ela comece a reconhecer seu filho, a individualizá-lo, quer por meio de alterações da frequência cardíaca, que geralmente atribui a um fato (“não me deixa ir embora”), quer pelo vômito (“não gostou do leite?”). Isto é, via alterações físicas, ela fala de seu bebê, com seu bebê. É esse endereçamento ao bebê, ao supô-lo sujeito, que Mathelin (1999) considera o cerne imprescindível da preocupação materna primária.

Conforme postulam Morsch e Braga (2007), ao se apoderarem do discurso médico e entenderem o que se passa com seus bebês, as mães mostram-se mais participativas nas decisões a respeito do tratamento. Por um lado, isso cria certa tensão na equipe; por outro, evidencia que essas mulheres estão mais confiantes em si e exercem a maternagem ao opinar, até certo ponto, sobre aquilo que consideram mais adequado para seu bebê.

[...] a mãe redefine seu lugar na UTI na medida em que troca a fragilidade e o alheamento inerente à parturiente prematura por uma posição mais assertiva [...] Assim, esta mãe passa a assumir o lugar que lhe pertence, o que a capacita a encontrar sua competência e ‘maternar’ seu filho, abrindo os caminhos para a interação. (MORSCH; BRAGA, 2007, p. 630).

Então, as autoras consideram que a preocupação médico-primária instala-se provisoriamente, até que a preocupação materna primária ganhe espaço. Trata-se de uma primeira – talvez, possível – forma de interação com seu filho, que se dá em um ambiente tumultuado, com ritmo frenético e acelerado.

Há um resgate, de certa forma, da competência materna:

[...] que foi escamoteada pelo nascimento prematuro, uma vez que num primeiro momento só lhe restou entregar a terceiros a responsabilidade do cuidar de um bebê que não ‘soube’ parir a contento. Ou seja, a preocupação médico-primária pode ser considerada um mecanismo de transição a ser utilizado pela mãe na busca por um encontro com um filho que nasceu de forma tão diferente e estranha. Ou como uma maneira de, neste contexto, dar início ao ‘fabricar’ de uma mãe e seu bebê. (MORSCH; BRAGA, 2007, p. 631).

As autoras não descartam o risco de a relação mãe-bebê cristalizar-se nos aspectos médicos e clínicos: “Entretanto, não há tempo nem maneira definida a priori para que esta forma de maternagem seja suplantada pela preocupação materna-primária” (p. 631).

Para Morsch e Braga (2007), sejam quais forem as possibilidades adotadas pela mãe, parece que todas convergem para um mesmo ponto: o encontro mãe-bebê. Propõem, então, que seja adotada a nomenclatura “preocupação médico e materno-primária” para o estado da relação mãe-bebê nesse contexto. Isso porque a mãe não deixa de ser mãe e de maternar seu filho ao adotar postura parecida com a dos médicos: “[...] não está ‘Deixando de ser’ mãe, mas sim buscando meios de exercer uma maternagem que se encontra obstruída pelas particularidades de um parto prematuro” (p. 633).

De acordo com as autoras, essa dupla preocupação facilita a instauração da preocupação materna primária, exclusivamente, pois possibilita, de certa forma, trocas entre mãe e bebê. “É um rito de passagem próprio de qualquer UTI neonatal. E, como tal, precisa ser resgatado e compreendido como uma tentativa de comparecer a um encontro praticamente perdido porque antecipado sem qualquer acordo entre as partes” (MORSCH; BRAGA, 2007, p. 633).

A história de Helena e Ana Beatriz também evidencia como o trabalho com as mães em UTI neonatal é, *sempre*, um trabalho de luto, venha o bebê a falecer ou não (MATHELIN, 1999). Convidar essa mãe a discorrer sobre os momentos que teve junto à filha é auxiliá-la a simbolizar tal experiência: Ana Beatriz viveu alguns dias e faleceu. E ela pôde ser, dessa forma e nesse contexto, mãe para a filha. É reconhecer e testemunhar uma morte em uma recém-vida, com as dores que isso comporta. Possibilidade essa que parece não ter tido com as outras gestações e perdas.

A descrença e a raiva de Deus – que hipoteticamente poderiam estar deslocadas de figuras de autoridade, como pai e mãe – impõem-se em Helena: “Por que Deus faz isso comigo? Será que pequei tanto? Por que preciso passar por isso de novo?”. Contou sobre as conversas que mantinha com Deus e a vontade de que Ele realizasse os desejos dela. “Pedia para Ele fazer o que fosse melhor, mas deixava claro qual era minha vontade: que ela vivesse.”

A constante referência a Deus também me fez pensar na instalação de um processo de luto antecipatório, pois sabe-se quanto são comuns, em um processo de luto, a descrença, a raiva e a sensação de ser abandonado por Deus. Tal fala também revelou possíveis sentimentos inconscientes de culpa: “Será que pequei tanto?”, disse Helena, e por isso não merecia ser mãe, precisaria enfrentar novamente tamanha dor? Graham (2004) nos auxilia a pensar essa questão:

[...] como é difícil e complexo o processo dos pais que atravessam tais vicissitudes em torno do nascimento da criança prematura e também como a instalação da parentalidade encontra múltiplos problemas: o sério risco biológico que ameaça a criança e o efeito traumático desse tipo de experiência, que vem a ser uma ferida narcísica importante e reativa a culpabilidade inconsciente da mãe. (p. 187).

Realizei algumas intervenções bastante diretivas e objetivas para ajudá-la a se organizar nesse momento. Perguntei se gostaria que avisasse alguém sobre o falecimento; depois de um longo choro, Helena conversou com o pai de Ana Beatriz pelo telefone e deixou o celular ligado. Entrava em desespero a cada ligação que recebia; em seguida atendia o telefone e dava a notícia.

Uma enfermeira a avisou de que o corpo de Ana Beatriz estava arrumado e que Helena poderia vê-la, caso assim desejasse. Sobreveio um novo momento de angústia, muito forte, e inicialmente ela rejeitou a ideia com veemência. Tentei acolher sua dor; afirmei que

respeitaríamos sua vontade e sustentaríamos qualquer decisão que tomasse. Ao resgatar sua potência, isso significava colocá-la em posição de sujeito.

Essa cena abriu espaço para que as outras perdas fossem revisitadas. Helena contou da extrema dor de somente ter visto o primeiro filho já morto, no enterro. Ficou pouco com o segundo filho, devido às regras do hospital onde estava. Afirmou não gostar de ter qualquer lembrança: “Não fico com nada, dou tudo”. Nesse ponto, chorou copiosa e raivosamente pelo fato de uma amiga ter comprado roupas para Ana Beatriz. “E agora, o que vou fazer com aquela roupa de princesa? Não quero olhar para aquilo.” Intervim no sentido de legitimar sua dor e de mostrar que não poder lembrar e olhar para a vida que os filhos tiveram talvez a fizesse sofrer ainda mais. “Eu joguei tudo fora deles; a última coisa foi o registro de nascimento e de óbito.” Disse para ela que, embora tivesse tentado jogar tudo fora, toda essa dor fora, os filhos e o sofrimento por tê-los perdido continuavam dentro dela e, quem sabe, poder lembrar de tudo isso a ajudasse a “esquecer”. “Será? Porque isso eu não fiz”, afirmou. Novamente, o trabalho com perdas, lutos e separações reatualizados nesse momento.

Fazia-se fundamental o reconhecimento por um outro das perdas de Helena, para que evitássemos o desenvolvimento de um luto complicado. Reconhecimento social esse que talvez tenha falhado nos óbitos de seus outros filhos, já que existe certa dificuldade do entorno em reconhecer o óbito neonatal como o óbito de um filho (IACONELLI, 2007). Ao não reconhecer ou ao desmentir a dor e a perda (FERENCZI, 1933), há grande dificuldade em representar e simbolizar essa situação, instalando um buraco no simbólico: eis o terreno do traumático e do desamparo.

Em Helena considerei que, além do luto pelas sucessivas perdas de seus bebês, o pano de fundo da cena mostrava o luto pela possibilidade de gestar e dar à luz um filho saudável.

Helena não conseguia decidir se desejava ou não ver a filha. Após certo tempo, a equipe solicitou uma posição dela, a fim de liberar o corpo para o necrotério. Mostrou-se contrária à liberação do corpo; intervim com a equipe, em presença da mãe, no sentido de aguardar um pouco mais, pois saber que a filha ainda estava ali, próxima, podia ajudá-la. Helena concordou e disse que queria a filha próxima por mais um tempo. “Mesmo que não a veja, sei que está aqui.” Ela apenas tinha clareza de que desejava esperar a chegada de familiares e aguardar a decisão deles.

Tal foi o cenário do segundo e último atendimento à Helena que, entre idas e vindas, perpassou tais questões descritas. Helena aceitou um encaminhamento para psicoterapia em

outra instituição e afirmou que nunca esqueceria o que a equipe havia feito por ela e Ana Beatriz. Combinei que entraria em contato com ela ainda naquela semana.

A importância do atendimento psicológico foi afirmada por Helena nas seguintes palavras: “Nunca vou esquecer que você ficou comigo na hora mais difícil. Sem você aqui do meu lado este tempo todo não sei como seria, acho que ia ficar mais louca ainda [...] eu falei de tanta coisa que nunca tinha falado e nunca vou esquecer o que você me disse”. Considero que a possibilidade da presença de um outro, que compartilhasse e testemunhasse uma história com tantas negações, produziu efeitos terapêuticos. Teria sido essa mulher ouvida em suas dores? Teria podido discorrer sobre partes de sua vida aparentemente desconexas, isto é, sua infância e seus filhos mortos? Teria podido cuidar de tudo isso e pensar a respeito?

A atuação do psicólogo nos casos de óbito parece envolver novamente as funções de *holding* (WINNICOTT, 1960) e *rêverie* (BION, 1962), a fim de favorecer a inscrição psíquica desse evento, impedindo a instalação de furos no simbólico e possibilitando a instalação de um processo de luto. Diante de um excesso de intensidade que invade o psiquismo, ocasionado por uma situação traumática, é necessária a presença de um outro que ajude o sujeito a pensar, a ligar psiquicamente a vivência, a simbolizar.

Servir de suporte para a revisitação de diversas perdas não elaboradas, com sofrimento “à flor da pele”, não se dá sem consequências para aquele que serve a essa função. Senti no corpo uma exaustão, um sono forte me invadiu, a capacidade de pensar foi se esvanecendo... O contato com tamanho sofrimento reativa angústias e consequentes defesas. Poder identificá-las é um passo fundamental, mas não o único. Resgatar a própria posição, restabelecer a dialética entre presença reservada e presença implicada, faz-se imprescindível, assim como resgatar as próprias reservas somáticas, intelectuais e afetivas (FIGUEIREDO, 2008).

Foi com grande espanto da equipe e meu que presenciamos a vinda de Helena à unidade no dia seguinte ao falecimento de Ana Beatriz. Espanto por tratar-se de fato inédito até então. Raramente as mães desejam voltar à unidade, a qual marca e representa momentos de extrema dor e sofrimento. Porém, nesse caso, considero que, além de local de dor e sofrimento, a UTI neonatal funcionou como espaço de amparo, de sustentação, de cuidado e de reconhecimento dessa mesma dor, promovendo a instalação de lutos. Ademais, foi diante dessa sustentação que Helena pôde ser mãe: seria então um retorno à condição de mãe que a unidade lhe conferiu?

#### IV. Sobre um espaço e tempo para pensar o impensável

[...] *Que nossa tarefa fundamental frente ao traumatismo é conseguir que o sujeito não perca potencialidades simbólicas e [...] produção psíquica ou produtividade psíquica a partir do que sofreu.*

Silvia Bleichmar<sup>65</sup>

Início a finalização deste estudo propondo uma reflexão baseada em duas considerações. A primeira delas, sobre a seguinte fala, que ouvi em um atendimento a uma mãe na UTI neonatal: “A UTI neonatal é um lugar de desfazer sonhos”. A segunda, sobre uma questão sempre presente neste trabalho, mesmo que de maneira “oculta” e não enunciada: *como manter-se vivo ao lado da morte?*

Porém, a fim de nos aproximarmos dessas questões, parece interessante voltar ao início para brevemente refazer a tessitura que sustenta esta pesquisa e enfatizar certos fios cruciais ao nosso tecido. Destaco, contudo, que breves finalizações já podem ser encontradas ao longo do trabalho.

Considerando a história da Medicina e da Psicologia, verifica-se quão recente é a especialidade da Neonatologia e o trabalho psicológico com bebês, principalmente em hospitais. Tomando essa constatação como base, acrescida de uma escassez de produções acadêmicas que versassem mais especificamente sobre as facetas psicoterapêuticas e psicoprofiláticas da prática psicológica em UTI neonatal, formulei o problema desta pesquisa: quais são as possibilidades de intervenção psicológica com os diferentes personagens desse cenário e como tais ações podem comportar efeitos terapêuticos e preventivos em saúde mental<sup>66</sup>?

O levantamento da produção acadêmica sobre UTI neonatal e as implicações da inserção nesse ambiente para pais, bebê e equipe – e outros estudos dentro dessa ampla temática – revelou-se de grande valia para as reflexões construídas nesta dissertação. Entretanto, parte delas carecia de um aprofundamento acerca do modo como a assistência psicológica pode ser efetiva nesse contexto.

---

<sup>65</sup> Seminário inédito de 22 de maio de 2000 *apud* Ferreira (2006).

<sup>66</sup> Reforço, contudo, que não pretendo com este trabalho enunciar regras sobre o fazer do psicólogo em UTI neonatal, mas sim propor pontos de reflexão baseados no estudo teórico e, principalmente, na prática clínica em tal contexto.

Dessa forma, fez-se necessária uma incursão pelas elaborações feitas por teóricos de destacada importância para o saber psicanalítico sobre determinados conceitos que embasam as intervenções psicológicas em UTI neonatal, constituindo um solo teórico: trauma, desamparo, angústia, simbolização e luto. A seleção desses conceitos foi construída com base na literatura específica preexistente sobre UTI neonatal e no trabalho como psicóloga nesse contexto, ou seja, é fruto de uma imersão teórico-clínica vivida por mim nos últimos anos.

Para circunscrever e delimitar tal questão, fiz uso do método qualitativo de pesquisa – com vistas ao aprofundamento da compreensão dos fenômenos – e dos seguintes instrumentos: observação participante, diário de campo e análise de casos/situações.

Uma vez percorrido esse caminho, foi possível constatar que – guardadas as devidas especificidades dos diferentes personagens, já enunciadas no decorrer deste estudo – o denominador comum de tais intervenções psicológicas seria oferecer condições para que *processos de lutos e simbolizações possam ser instalados*.

Corroboro a afirmação de Mathelin (1999) de que o trabalho com as mães em UTI neonatal é sempre um trabalho ao redor do luto, da perda e da separação, independentemente de o bebê falecer ou não. Assim, em meu entendimento, a grande função do psicólogo nesse contexto é oferecer condições para que lutos sejam *instalados*.

Nessa linha, parece-me oportuno acrescentar que o trabalho do psicólogo com a equipe de saúde de uma UTI neonatal segue também pela vertente da instalação de lutos: pelo reconhecimento dos limites da técnica, pelas diversas impotências vividas dia após dia, pela inevitabilidade do sofrimento diante das dores e das perdas de alguns pacientes, pela quebra brusca da onipotência ilusória, entre tantos outros.

Portanto, concordo com a sofrida fala transcrita, proferida por uma mãe em UTI neonatal, a qual recupero a seguir: “A UTI neonatal é um lugar de desfazer sonhos”. O que vale para todos, cabe destacar. Todavia, acredito que, se as intervenções psicológicas puderem de fato ter espaço e operar, estas não conseguirão impedir o desfazer de sonhos e de expectativas – aliás, sustentar ilusões e esperanças impossíveis seria bastante “antiterapêutico” –, mas tais intervenções podem possibilitar que sonhos, projetos e expectativas possam ser transformados e reconstruídos, integrando vivências traumáticas e inesperadas da UTI neonatal e dando a elas algum sentido. Dessa forma, verifica-se que os sonhos ou os planos são perdidos, porém o fundamental a ser “salvo” é a possibilidade de continuar sonhando.

Mas como? A presença de um outro que possa acolher, hospedar em si, metabolizar, digerir e transformar a intensa carga emocional que permeia a todos em uma UTI neonatal

possibilita um início de simbolização das vivências traumáticas – de angústia e desamparo – experimentadas por todos os envolvidos nesse contexto. De fato, pude constatar a importância que as funções de *holding* (WINNICOTT, 1960) e *rêverie* (BION, 1962) adquirem nesse cenário, sendo possível afirmar que são essas as funções por excelência de qualquer profissional “psi” dentro desse campo de atuação.

Compreendo que o processo de instalação de lutos – e das conseqüentes simbolizações possíveis das vivências – só pode ocorrer graças à presença de um outro acompanha(dor) e testemunha(dor) da passagem pela UTI neonatal. Assim, sugiro acrescentar à chamada *clínica do holding* – que consiste nas funções de sustentação, de interdição e de acompanhamento (BOUKOBZA; BENAVIDES, 1997) – a clínica do testemunho, que, conforme entendo, também é essencial para a instalação de processos de lutos e de simbolizações, fundamentais para o resgate ou para a manutenção do funcionamento dos processos psíquicos.

Pensando a clínica do testemunho, Inglez-Mazzarella (2011) defende que uma das facetas terapêuticas da escuta analítica é, nas palavras da própria autora, propiciar “[...] um processo de testemunho de si que faz a passagem entre o que foi vivido e o que virá-a-ser experiência, ou seja, é um processo de apropriação” (p. 79). Apropriar-se do vivido faz-se ainda mais urgente quando se está no campo do traumático, daquilo que custa a ser significado e que, quando não encontra possibilidade de simbolização, continuará existindo por meio de insistentes repetições.

Desse modo, as funções essenciais à arte do bem cuidar propostas por Figueiredo (2009) – acolher, sustentar, reconhecer, questionar e convocar –, se bem dosadas na delicada oscilação entre presença implicada e presença reservada do cuidador, possibilitam a construção de uma experiência integrada, dotada de sentidos, o que, em última instância, compreendo como simbolização.

Defendo a proposta de *cuidados em rede* dentro de uma UTI neonatal. Isso significa que todos os personagens desse cenário servem como cuidadores uns para os outros. Nessa concepção de cuidar compartilhado e em rede, os cuidados se dão de maneira horizontal, havendo, em alguma medida, um intercâmbio entre as posições ativas (cuidar) e passivas (ser cuidado) e respeitando sempre as especificidades e as possibilidades de cada um dos envolvidos. Nesse sentido, destaco a existência de uma simetria, mesmo que relativa, entre aquele que cuida e aquele que é supostamente apenas objeto de cuidados. Poder reconhecer e nomear essa simetria, muitas vezes anunciada pelo psicólogo, é condição para que os cuidados prossigam.

Contudo, os cuidados também operam em cadeia. Assim, uma família amparada e acolhida pela equipe em suas dores psíquicas estará em melhores condições de oferecer *holding* ao bebê, e, por sua vez, uma equipe apenas poderá exercer essa função se ela própria puder dispor de locais de ancoragem e de apoio. Sabe-se que o psicólogo, pelas especificidades de sua formação e de seu campo de trabalho, possui mais e melhores instrumentos para oferecer suporte psicológico e espaço para elaboração das experiências emocionais vividas na UTI neonatal aos pais e aos integrantes da equipe multiprofissional, embora de forma distinta.

Todavia, mesmo o psicólogo precisa, em alguma medida, ser cuidado e ter onde elaborar os conteúdos afetivos experienciados no seu trabalho. Nesse sentido, torna-se importante construir espaços de acolhimento e de interlocução dentro e fora do serviço, como se mencionará a seguir.

Servir como ponto de referência e de amparo aos pais, ao sustentá-los emocionalmente (*holding*) e ao auxiliá-los na metabolização das emoções suscitadas (*rêverie*) pela hospitalização precoce do bebê, é partir do pressuposto de que a situação – traumática – na qual estão imersos tem um potencial significativo para provocar efeitos drásticos na subjetividade dos pais, na vinculação destes com o bebê e, conseqüentemente, na estruturação subjetiva deste último.

Considero, do mesmo modo, que a imersão em um campo tão saturado por emoções intensas e por fenômenos opostos entre si, como a experiência constante de proximidade entre a vida e a morte, também pode ter efeitos drásticos na subjetividade e na atuação profissional de membros da equipe de saúde. *Como manter-se vivo ao lado da morte?*<sup>67</sup> A possibilidade de manter as reservas físicas, psíquicas e somáticas (FIGUEIREDO, 2008) nesse contexto é fundamental para o funcionamento da unidade e para a saúde mental de todos os envolvidos.

Figueiredo (2008) propõe que a manutenção ou o resgate dessas reservas pode ocorrer de diversas formas, tais como a busca de compreensão e elaboração teórica dos fenômenos vivenciados e o estabelecimento de determinada organização institucional que considere a eventual necessidade de proteção e de amparo psíquico para os profissionais do serviço. Tais mecanismos visam, acima de tudo, construir a possibilidade de um “lugar reservado de pensamento”, fundamental ao permitir a desobstrução do campo, já saturado de emoções, de contradições, de ambivalências e, por conseguinte, de defesas psíquicas.

---

<sup>67</sup> Sobre os efeitos psíquicos da constante proximidade com a morte, a poetisa portuguesa Maria de Lourdes Hortas escreve: “Em cada morto que morreu morri/ Em cada voz que se calou, calei/ De tanto ver morrer, morri/ Que, a morrer, já me habituei”.

Especialmente em relação ao psicólogo, é essencial que este possa dispor dos espaços da psicoterapia/análise pessoal e da supervisão para nestes buscar desobstruir o campo dos excessos de implicação e da contratransferência experienciados, pondo a mente do psicólogo novamente em reserva. Adicionalmente, no caso da presente dissertação, sua própria elaboração, ou seja, as reflexões teóricas e a possibilidade de interlocução e de inserção em um enquadre institucional de pares – a universidade –, funcionou também como ferramenta de proteção às minhas reservas. Acrescento, fazendo coro à proposta de cuidados em rede, que também os demais membros da equipe de saúde têm a possibilidade de oferecer cuidados ao psicólogo. Desse modo, tudo isso se configura, nas palavras de Figueiredo (2008), como “reserva da reserva” (p. 39), além de “[...] *reserva de experiências* acumuladas e, também, um *lugar reservado de pensamento* pertinente ao campo, mas não totalmente comprometido e obstruído pelos impasses do campo transferencial-contratransferencial” (p. 39, grifos do autor).

Assim, parece-me oportuno enfatizar a necessidade de criação de espaços e enquadres institucionais que operem como “*reserva da reserva*” para os demais profissionais da equipe de saúde. Embora o psicólogo, mesmo como parte da equipe, exerça funções importantes para a sustentação das reservas psíquicas dos outros profissionais e muitas intervenções nesse sentido sejam realizadas nos espaços intersticiais (ROUSSILLON, 1999), a oficialização desses espaços e um maior reconhecimento de sua importância em muito contribuiriam para uma melhor prática assistencial, para o estabelecimento de relações mais harmônicas e cooperativas entre os personagens de uma UTI neonatal e, principalmente, para que a equipe pudesse continuar exercendo seu papel nos cuidados em rede e em cadeia.

Destaco ainda o imprescindível caráter interdisciplinar das ações de cuidado aos bebês, aos pais e aos demais familiares e os efeitos das ações e do pensar em conjunto para a construção de uma rede de suporte para os pais e para a própria equipe. Em vista disso, a presente dissertação demonstra e reconhece a importância da interdisciplinaridade, tendo sido, ao mesmo tempo, constituída nela e por ela.

Por fim, retomo o título desta dissertação: “Pensando o impensável: intervenções do psicólogo de base psicanalítica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. *Pensar o impensável* remete-nos ao resgate, à manutenção e/ou à instalação de possibilidades de simbolização em um campo dominado por afetos “brutos”, para bebês, pais e equipe.

É oportuno enfatizar como todos os personagens desse cenário estão imersos em situações traumáticas constantes, em angústia e em desamparo, deparando com as mais diversas perdas e lutos, e quanto tais fenômenos afetam e, muitas vezes, comprometem sua

capacidade de simbolizar as vivências. Efeitos nefastos nos níveis intrapsíquico e intersubjetivo podem ser presenciados quando há impossibilidade de manter o pensamento. Faz-se urgente que o psiquismo continue a funcionar; que os processos de simbolizar, de representar, de devanear não sejam abruptamente interrompidos pelo excesso – traumático – que rodeia a UTI neonatal.

*Pensar o impensável*, instaurar um espaço-tempo para o pensamento. Pensar que ajuda a impedir atuações, ao desobstruir o campo de conflitos nas relações pais-bebê, equipe-pais, equipe-equipe; pensar que possibilita o resgate do bebê no universo psíquico dos pais; pensar que enlaça elos simbólicos transformando uma vivência em experiência; pensar que permite manter-se vivo ao lado da morte.

*Pensar o impensável* remete-nos à instalação de elos simbólicos e representações para fenômenos que, por si só, não possibilitam isso, já que, em sendo disruptivos para os sujeitos, carregam um enorme potencial traumático. Em última instância, o impensável diz da finitude, da morte, das angústias humanas essenciais.

O pensamento opera como um possível “digestor psíquico” dos intensos fenômenos de uma UTI neonatal. O psicólogo assume a primordial função de facilitar a possibilidade de pensar para com todos: bebês, pais, familiares e equipe. Essa seria, em meu entendimento, oriundo da presente pesquisa, a função terapêutica e/ou preventiva em saúde mental proporcionada pelo fazer e pensar do psicólogo: instaurar um espaço e tempo para pensar aquilo que aponta para o que há de impensável no que se refere a bebês, pais e equipe em UTI neonatal.

## Referências

- AGMAN, M.; DRUON, C.; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, D. de B. (Org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999, p. 17-34.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 1998, p. 147-178.
- ARAGÃO, R. O. *Tornar-se mãe de seu próprio filho*. Curitiba: Honoris Causa, 2011.
- ARAÚJO, G. F. *Repercussão do cateterismo intermitente na vida dos pais de crianças portadoras de mielomeningocele*. 2000. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – IFF/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.
- ARAÚJO, B. B. M. *Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re)conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais*. 2007. 74f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UERJ, Rio de Janeiro, 2007.
- ARIÈS, P. (1975) *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- ATEM, L. M. O trabalho com bebês em psicanálise: possibilidades de pensar a prevenção e a antecipação. In: CAMAROTTI, M. C. (Org.). *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 141-148.
- BAETA, M. L. M. *A paternidade na UTI neonatal – o pai prematuro*. 2009. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – UFMG, Minas Gerais, 2009.
- BALDINI, S. M. *Avaliação das reações dos pais à internação do filho em unidade de terapia intensiva e desenvolvimento de uma proposta de apoio psicológico*. 2002. 182f. Tese (Doutorado em Medicina Pediatria) – FMUSP, São Paulo, 2002.
- BALINT, E. Fair shares and mutual concern. *Before I was I. Psychoanalysis and the Imagination*. London: The Free Association Books, p. 64-71, 1993.
- BARRETO, C. P. O. *Maternagem e função materna em UTI neonatal: um estudo psicanalítico*. 2011. 213f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – PUC/SP, São Paulo, 2011.
- BATISTA PINTO, B. A criança prematura: implicações da prematuridade [Fragmentos de entrevista]. In: SILVA, M. C. P. (Org.). *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.176-188.

BATTIKHA, E. C. Intervenção precoce no vínculo mãe-bebê especial em uma unidade de terapia intensiva neonatal. In: CAMAROTTI, M. do C. (Org.). *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 43-48.

\_\_\_\_\_. *As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves*. 2003. 96f. Dissertação (Mestrado em Pediatria e Ciências Aplicadas a Pediatria) - UNIFESP, São Paulo, 2003.

\_\_\_\_\_. A inscrição do estranho no familiar. In: KUPFER, M. C. M.; TEPERMAN, D. (Orgs.). *O que os bebês provocam nos psicanalistas*. São Paulo: Escuta, 2008, p. 135-145.

\_\_\_\_\_. *A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. 2011. 124f. Tese (Doutorado em Ciências), UNIFESP, São Paulo, 2011.

BENAVIDES, F. A clínica do holding [Fragmentos de entrevista]. In: WANDERLEY, D. de B. (Org.). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador: Ágalma, 1997, p. 89-106.

BENAVIDES, F.; BOUKOBZA, C. A clínica do holding. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador: Ágalma, 1997, p. 89-106.

BOUKOBZA, C. A clínica do holding [Fragmentos de entrevista]. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador: Ágalma, 1997, p. 89-106.

BERNARDINO, L. M. F. A angústia na clínica psicanalítica com bebês e seus pais. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 35, p. 21-29, 2008. Disponível em: <<http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista35-1.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

BION, W. R. (1962) Capitulo XII. In: BION, W. R. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1975, p. 53-61.

BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: BLEGER, J. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1980, p. 9-41.

BOLLAS, C. O objeto transformacional. In: BOLLAS, C. *A sombra do objeto*. Rio de Janeiro, Imago, p. 27-59, 1987.

BOTELLA, C.; BOTELLA, S. *Irrepresentável: mais além da representação*. Porto Alegre/RS: Criação Humana, 2002.

BOWLBY, J. (1979) *Formação e rompimento dos laços afetivos*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BRAGA, N.; MORSCH, D. S. Os irmãos na UTI Neonatal. In: MOREIRA, M. E. L. (Org.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 97-106.

BRAGA, M. C. A. *Redes sociais de suporte aos pais dos bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. 2006. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – IFF/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996 - Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAZELTON, T. *O desenvolvimento do apego, uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRUSCATO, W. L. A Psicologia no Hospital da Misericórdia: um modelo de atuação. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; ALMEIDA, S. R. (Orgs.) *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 17-31.

BYDLOWSKI, M. (1997) *La deuda de vida: itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva: Madrid, 2007.

CAPITÃO, C. G.; VILLEMOR-AMARAL, E. A pesquisa com estudo de caso. In: BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D. C. (Orgs.). *Metodologias de pesquisa em ciência: análises quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: LTC, 2007, p. 238-253.

CATÃO, I. Um lugar também de palavras. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C. M. F. (Orgs.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 179-191.

CARVALHO, A. E. V. *Indicadores emocionais maternos e intervenção psicológica durante a internação do bebê pré-termo em UTI neonatal*. 2005. 248f. Tese (Doutorado em Psicologia) – USP/RP, Ribeirão Preto, 2005.

CAUDURO, L. S. *Significados da paternidade para pais adolescentes com recém-nascidos hospitalizados*. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFRGS, Rio Grande do Sul, 2006.

CINTRA, E. M. U. Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, v. 29, n.1, p. 23-40, 2011.

CLIFFORD, J. *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

CONDES, R. P. *O que nos é dito pelo não falar: o mutismo em Psicanálise*. 2007. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) – PUC-SP, São Paulo, 2007.

\_\_\_\_\_. *O tempo do intemporal: o múltiplo enlace entre passado, presente e futuro*. 2009. 55f. Monografia (Aprimoramento em Psicologia) – HSPE-FMO, São Paulo, 2009.

\_\_\_\_\_. Prática psicológica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: RODRIGUES, F. P. M.; MAGALHÃES, M. *Normas e condutas em neonatologia*. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011, p. 25-31.

CORREIA, L. L. (2005) *Conteúdos verbais de mães de bebês pré-termo internados em UTI neonatal, diferenciadas quanto a indicadores clínicos emocionais de ansiedade e depressão*. 2005. 171f. Dissertação (Mestrado em Medicina – Saúde Mental) – USP/RP, Ribeirão Preto, 2005.

CRESTI, L.; LAPI, I. O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade? In: LACROIX, M. B.; MONMAYRANT, M. *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 149-162.

CUNHA, I. A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: uma nova perspectiva para os cuidadores da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. In: ARAGÃO, R. O. (Org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 211-223.

DIAS, M. A. M. *A clínica do bebê pré-termo e a escuta dos pais: questões para a psicanálise*. 2008. 225f. Tese (Doutorado em Psicologia) – IPUSP, São Paulo, 2008.

DIAS, E. O. O uso da interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 588-601, 2008a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000400006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000400006&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 28 jun. 2010.

DINIZ, A. C. “*O que meu bebê (não) tem!*”: explorações psicanalíticas de um caso clínico em UTI neonatal. 2009. 253f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

DITZ, E. S. *A vivência da mulher-mãe no alojamento conjunto durante a internação do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal*. 2006, 132f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – UFMG, Minas Gerais, 2006.

\_\_\_\_\_. *A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. 2009. 147f. Tese (Doutorado em Psicologia) – UFMG, Minas Gerais, 2009.

DOLTO, F. Prefácio. In: MANNONI, M. *A primeira entrevista em psicanálise*. 5 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986, p. 09 – 30.

DRUON, C. Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: WANDERLEY, D. de B. (Org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999, p. 35-54.

ESTEVEZ, C. M. *A preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. 2009. 185f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – UFRGS, Rio Grande do Sul, 2009.

FEIJÓ, L. *O bebê pré-termo: intervenção precoce visando à melhoria da interação mãe-bebê*. 1998. 195f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – UFRGS, Rio Grande do Sul, 1998.

FERENCZI, S. (1932) *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

\_\_\_\_\_. (1933) Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Obras Completas: Psicanálise IV*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 111-121.

\_\_\_\_\_. (1934) Reflexões sobre o trauma. In: *Obras Completas: Psicanálise IV*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 125-135.

FERREIRA, M. C. F. *Construção da maternidade de mães de bebês prematuros em metodologia canguru: um estudo em unidade neonatal*. 2002. 167f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

FERREIRA, M. R. P. *Crianças que não conseguem esquecer: sobre o traumático na infância*. 2006. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – PUC/SP, São Paulo, 2006.

FIGUEIREDO, L. C.; JUNIOR, N. C. *Ética e técnica em psicanálise*. 2. ed. ampliada. São Paulo: Escuta, 2008.

FIGUEIREDO, L. C. Presença, implicação e reserva. In: FIGUEIREDO, L. C.; JUNIOR, N. C. *Ética e técnica em psicanálise*. 2. ed. ampliada. São Paulo: Escuta, 2008, p. 13 – 54.

\_\_\_\_\_. A metapsicologia do cuidado. In: FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2009, p. 131-151.

\_\_\_\_\_. A psicanálise e a clínica contemporânea: uma introdução. In: \_\_\_\_\_. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2009a, p. 13-22.

\_\_\_\_\_. Palestra proferida no VIII Encontro Nacional sobre o Bebê e I Encontro Internacional sobre o Bebê, São Paulo, 2010.

\_\_\_\_\_. Cuidado, Saúde e Cultura (informação verbal). Disciplina ministrada no curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC/SP, 2 semestre de 2011.

FOGAÇA, M. C. *Estresse ocupacional, saúde mental e qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais*. 2008. 131f. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica) – UNIFESP, São Paulo, 2008.

FONSECA, L. J. L. *A entrada do avós na UTI neonatal: explorando possibilidades*. 2004. 79f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – UFMA, Maranhão, 2004.

FREUD, S. (1895) Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. I. Rio de Janeiro: Imago, p. 333-449, 1996.

\_\_\_\_\_. (1914) Recordar, repetir e elaborar. In: *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, p. 159-171, 1996.

\_\_\_\_\_. (1914a) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, p. 77-110, 1996.

\_\_\_\_\_. (1917) Luto e melancolia. In: *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, p. 245-263, 1996.

\_\_\_\_\_. (1920) Além do Princípio de Prazer. In: *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, p. 11-76, 1996.

\_\_\_\_\_. (1926) Inibição, Sintoma e Angústia. In: *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, p. 79-172, 1996.

\_\_\_\_\_. (1937) Construções em análise. In: *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, p. 275-287, 1996.

\_\_\_\_\_. (1939) A divisão do ego no processo de defesa. In: *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, p. 291-296, 1996.

GEERTZ, C. *El antropologo como autor*. Barcelona: Paidós, 1989.

GIBEAULT, A. *Chemins de la symbolisation*. Paris: Le fil Rouge PUF, 2010.

GOLSE, B. O bebê nas interfaces: entre Psicanálise e Apego, entre Neurociências e Psicopatologia, entre Prevenção e Predição. In: ZORNIG, S.; ARAGÃO, R. O. (Orgs.). *Nascimento: antes e depois, cuidados em rede*. Curitiba: Honoris Causa, 2010, p. 15-32.

GOMES, A. L. H. *Uma psicóloga no país das dores: as vivências e conflitos da mãe e da equipe de saúde, durante a internação do bebê pré-termo extremo*. 2009. 151f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – IPUSP, São Paulo, 2009.

GRAHAM, S. A criança prematura: implicações da prematuridade [Fragmentos de entrevista] In: SILVA, M. C. P. (Org.). *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.176-188.

HERNANDEZ, A. M. *A interação mãe/bebê pré-termo: alimentação e vínculo em um jogo de luzes e sombras*. 1996. 123f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – PUC/SP, São Paulo, 1996.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142007000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142007000400004&script=sci_arttext)> Acesso em: 12 nov. 2011.

INGLEZ-MAZZARELLA, T. T. *Histórias recobridoras: quando o vivido não se transforma em experiência*. 2011. 211f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – PUC/SP, São Paulo, 2011.

JERUSALINSKY, J. Quando o que se antecipa é o fracasso...prevenção secundária e estimulação precoce. In: CAMAROTTI, M. do C. (Org.). *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 35-42.

\_\_\_\_\_. Crônica de um bebê com morte anunciada – intervindo com a instauração do sujeito na iminência da morte. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOH, C. M. F. (Orgs.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 169-178.

KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLEIN, M. (1946) Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)- Volume III das Obras Completas de Melanie Klein*. 4. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 20-43.

\_\_\_\_\_. (1955) Sobre a identificação. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)- Volume III das Obras Completas de Melanie Klein*. 4. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 169-204.

KNOBLOCH, F. *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ/FAPESP, 1998.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KRODI, P. *Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na prática profissional do analista em unidade de terapia intensiva neonatal*. 2009. 102f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – IPUSP, São Paulo, 2009.

KUBLER-ROSS, E. (1969) *Sobre a morte e o morrer*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

LACERDA, T. L. Epidemiologia Neonatal. In: RODRIGUES, F. P. M.; MAGALHÃES, M. *Normas e condutas em neonatologia*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011, p. 1-7.

LAFER, B. Transtornos do humor. In: ALMEIDA, O.P.; DRATEU, L.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p. 113-126.

LAPLANCHE, J. *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. *Vocabulário da psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEBOVICI, S. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LEWGOY, A. M. B.; ARRUDA, M. P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. *Revista Textos e Contextos: coletâneas em Serviço Social*. Porto Alegre: EDIPUCRS, n. 2, 2004, p.115-130.

MANNONI, M. *A criança, sua doença e os outros: o sintoma e a palavra*, Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 1. ed. São Paulo: Moraes/Educ, 1989.

MARTINS, A.; VORCARO, A. A intervenção do psicanalista na clínica com bebês cirúrgicos acometidos por malformação congênita. In: ZORNIG, S.; ARAGÃO, R. O. (Orgs.). *Nascimento: antes e depois, cuidados em rede*. Curitiba: Honoris Causa, 2010, p. 295- 305.

MATHELIN, C. Prática analítica em neonatologia. In: WANDERLEY, D. de B. (Org.). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador: Ágalma, 1997, p. 129-142.

\_\_\_\_\_. *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MEDEIROS, J. P. *Vínculo mãe-bebê: os encontros possíveis em uma UTI neonatal*. 2010. 121F. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2010.

MENEZES, L. S. *Desamparo*. São Paulo: Casa do Psicólogo (Coleção Clínica Psicanalítica), 2008.

MICHAELIS: *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MORSCH, D. S.; CARVALHO, M.; LOPES, J. M. Programa de Acompanhamento e Visitação aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal. In: *Pediatria Moderna*, v. 33, n.7, 1997, p. 481-488.

MORSCH, D. S.; BRAGA, M. C. de A. À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 624-636, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142007000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142007000400005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 abr. 2010.

MORSCH, D. S.; DELAMONICA, J. Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: “Lembraram-se de Mim!”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 677-687, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 06 abr. 2010.

MOTTA, S. Ética do cuidado: formulações do Outro. In: ZORNIG, S.; ARAGÃO, R. O. (Orgs.). *Nascimento: antes e depois, cuidados em rede*. Curitiba: Honoris Causa, 2010, p. 147- 161.

NASIO, J. D. Que é um caso? In: NASIO, J. D. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

NOBRE, F. D. A. *Indicadores do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida*. 2005. 225f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – USP/RP, Ribeirão Preto, 2005.

OLIVEIRA, R. C. *O trabalho do antropólogo*. 2. ed. Brasília, DF: Paralelo 15, 2000.

PAIM, B. J. P. *A constituição subjetiva, o desenvolvimento psicomotor e a educação de crianças que nasceram pré-termo em participaram da posição “Mãe-canguru”*. 2007. 162f. Tese (Doutorado em Educação) – UFRS, Rio Grande do Sul, 2007.

PERRONE, R. A. P. *Intervenções lúdicas com mães de recém-nascidos pré-termo hospitalizados*. 2008. 113f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – UMESP, São Paulo, 2008.

POURCHET, M. R. M. *“Nas portas da vida”: uma experiência em UTI neonatal cirúrgica*. 2010. 93f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2010.

RABELLO, A. A função simbólica da UTI neonatal. In: ARAGÃO, R. O. (Org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 177-189.

REVAULT D'ALLONNES, C. O estudo de caso: da ilustração à convicção. In: REVAULT D'ALLONNES, C. R. et al. *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas – documentos, métodos, problemas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 69-90.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

ROUSSILLON, R. (1991) Espaços e práticas institucionais. Quarto de despejo e interstício. In: KAËS, R. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, p. 133-151.

\_\_\_\_\_. (1999) Traumatismo primário, clivagem e ligações primárias. Trad. Rosa Albé. Disponível em: < <http://www.joseouteiral.com.br/artigos.html> >. Acesso em: 7 out. 2011.

SANTOS FILHO, F. C. *Traumatismo psíquico: realidade dos fatos, realidade psíquica e des(a)tino do sujeito*. 2011. 186f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – PUC/SP, São Paulo, 186p.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 391-398, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232008000200014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232008000200014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 22 mar. 2011.

SILVA, F. S. *Entre as dimensões de segurança e de risco na interação médico-enfermagem-pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. 2010. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Unesp, São Paulo, 2010.

SILVA, L. V. R. F. Introdução. In: RODRIGUES, F. P. M.; MAGALHÃES, M. *Normas e condutas em neonatologia*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

SOUZA, M. S. I. *Intervenções terapêuticas conjuntas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica*. 2008. 87f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – PUC/SP, São Paulo, 2008.

SPITZ, R. (1947) *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SZEJER, M. *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

\_\_\_\_\_. Sinais transgeracionais relacionais identificáveis. In: LAZNIK, M. C.; COHEN, D. *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. São Paulo: Instituto Langage, 2011, p. 101-116.

TAVARES, G. R. *Visão sistêmica da prematuridade: as interações família e equipe de saúde diante do nascimento de risco*. 2005. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – UFMG, Minas Gerais, 2005.

TORRES, C. M. *Incidências do desejo materno nas possibilidades de recuperação do bebê prematuro*. 2009. 137f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco, 2009.

TREVARTHEN, C. Desenvolvimento da intersubjetividade no primeiro ano de vida. In: LAZNIK, M. C.; COHEN, D. (Orgs.) *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. São Paulo: Instituto Langage, 2011, p. 117-126.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

UCHITEL, M. *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo (Coleção Clínica Psicanalítica), 2011.

VALANSI, L.; MORSH, D.S. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 112-119, 2004. Disponível em: <[http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000200012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000200012&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 03 abr. 2010.

VANIER, C. Conferência proferida no “II Séminaire International Transdisciplinaire de Clinique et Recherche sur le Bébé: compétences du bébé et intervention précoce”, Paris, 2011.

WALDOW, D. *Concepções do pai acerca da prematuridade do seu filho*. 2007. 166f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – UFSC, Rio Grande do Sul, 2007.

WANDERLEY, D. de B. Em busca do trono perdido. Questões acerca do atendimento pais-bebê. In: WANDERLEY, D. de B. (Org.). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador: Ágalma, 1997, p. 143-162.

\_\_\_\_\_. Intervenção precoce nos transtornos psíquicos das crianças. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *O cravo e a rosa. A Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?* Salvador, BA: Álgama, 2008, p. 83-100.

WINNICOTT, D.W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 218-232.

\_\_\_\_\_. (1952) Psicose e cuidados maternos. In: \_\_\_\_\_. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 305-315.

\_\_\_\_\_. (1952a) Ansiedade associada à insegurança. In: \_\_\_\_\_. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 163-167.

\_\_\_\_\_. (1956). Preocupação materna primária. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 399-405.

\_\_\_\_\_. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983, reimpressão 2008, p. 38-54.

\_\_\_\_\_. (1963) O medo do colapso. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 70-76.

\_\_\_\_\_. (1963a) Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983, reimpressão 2008, p. 207-217.

\_\_\_\_\_. (1965) O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 102-115.

\_\_\_\_\_. (1965a) O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: \_\_\_\_\_. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 21-28.

\_\_\_\_\_. (1988) *Os bebês e as suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

WIRTH, A. F. Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. In: CARON, N. A. (Org.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, p. 207- 231.

\_\_\_\_\_. Cuidando dos cuidadores em um serviço de neonatologia: quem cuida de quem cuida? *Revista Bioética*, v. 14, n. 1, p. 97-108, 2007. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.Org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/11/14](http://revistabioetica.cfm.Org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/11/14)>. Acesso em: 17 out. 2010.

ZORNIG, S.; ARAGÃO, R.O. Clínica da relação pais/bebê: novos paradigmas para a Psicanálise? In: ZORNIG, S.; ARAGÃO, R.O. (Orgs.). *Nascimento: antes e depois – cuidados em rede*. Curitiba: Honoris Causa, 2010, p. 33-41.

ZORNIG, S.; MORSCH, D. S.; BRAGA, N. A. Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, ano VII, n. 4, p. 135-143, 2004. Disponível em: < <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/dez10/9.pdf> > Acesso em 05 abr. 2010.

ZORNIG, S. A corporeidade na clínica: algumas observações sobre os primórdios do psiquismo. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 327-337, 2008. Disponível em: <<http://www.spid.com.br/revistas/r40.2/06%20TP40.2%20-%20Silvia%20Maria%20Abu-Jamra%20Zornig.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2011.

## ANEXO A – Parecer final do Comitê de Ética



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S PAULO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS**  
 Rua Santa Isabel, 305, 4º andar - Santa Cecília CEP 01221-010 São Paulo – SP.  
 Tel.: (11) 2176-7689 E-mail: [eticamedbernadete@santacasasp.org.br](mailto:eticamedbernadete@santacasasp.org.br)

São Paulo, **16 de setembro** de 2011.

**Projeto nº 210/11**  
 Informe este número para  
 identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a).Sr. (a).

**Psc. Renata Pereira Condes**

Serviço de Psicologia

O Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMSP, em **reunião extraordinária**, dia **31/08/2011** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu Projeto de Pesquisa: **“Pensando o impensável: Intervenções do psicólogo de base psicanalítica em unidade de terapia intensiva neonatal”** inicialmente em pendência e nesta data emitiu parecer enquadrando-o na seguinte categoria:

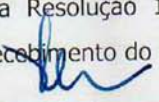
**Aprovado (Inclusive TCLE);**

**Com pendências** há modificações ou informações relevantes a serem atendida em 60 dias, (enviar as alterações em duas cópias);

**Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);

**Não aprovado:** e;

**Aprovado (inclusive Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS - CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias.** Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.

  
 \_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Nelson Keiske Ono**

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – ISCMSP

Conforme a Resolução 196/96, o relatório parcial deve ser apresentado de forma detalhada ao CEP, inicialmente em 16/03/2012 e a cada seis meses. Conforme ofício circular 0226/CONEP/CNS, datado de 29-10-2010, a suspensão de estudo e relatório final deverão ser apresentados conforme modelo elaborado pela CONEP. Impressos disponíveis em nosso site: [www.santacasasp.org.br](http://www.santacasasp.org.br)

RC

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Serviço de Psicologia da Santa Casa de São Paulo, na responsabilidade da pesquisadora Renata Pereira Condes, está realizando uma pesquisa, que não inclui medicamentos ou qualquer outra forma de intervenção sobre os participantes, denominada: “Intervenções do psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” (título provisório), que se destina a investigar e a refletir sobre as possibilidades de intervenção do psicólogo na UTI neonatal, a fim de verificar os efeitos terapêuticos e preventivos em termos de saúde mental. O participante será abordado pela pesquisadora e ao aceitar participar deste estudo permitirá que a mesma utilize fragmentos de situações observadas e atendimentos realizados na UTI neonatal.

Os participantes têm a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e abandonar o estudo, sem que isto lhes traga qualquer prejuízo quanto ao seu tratamento na Instituição.

Os dados obtidos serão mantidos em lugar seguro, codificados e a identificação só será realizada pelos pesquisadores. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-los, estando garantidos a confidencialidade, o sigilo e a privacidade conforme a Resolução N.º 196 de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

As pessoas que aceitarem participar da pesquisa podem receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos assuntos a ela relacionados. A pesquisadora estará à disposição no telefone (11) 2176-7980, no Serviço de Psicologia da Santa Casa, situado à Rua Santa Isabel, 305, 7º andar, Bairro de Santa Cecília, São Paulo.

Declaro que li as informações e recebi todos os esclarecimentos necessários junto à pesquisadora e concordo em participar do estudo. Recebi uma via deste documento, que ficará em meu poder.

Data: São Paulo,            de            de 2011.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Documento de identificação: (RG) \_\_\_\_\_

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

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_