

A presença de um psicanalista em um CTI pediátrico

The presence of a psychoanalyst in a pediatric intensive center care unit

Karen Tannhauser*

Resumo: Esta pesquisa visa discutir a relevância da presença de um psicanalista em um setor hospitalar específico – o Centro de Terapia Pediátrica Intensiva (CTI) –, onde bebês são internados, e nos ambientes que os circundam: a família e a equipe técnica deste setor são afetadas por esta delicada situação.

Palavras-chave: Psicanalista, presença, CTI, paciente, equipe.

Abstract: *This research aims to discuss the relevant of the presence of a psychoanalyst in a specific place at the hospital – the Pediatric Intensive Center-Care Unit (CTI) –, where babies are hospitalized and in the surroundings: the family and the technical team of this unit are affected by this delicate situation.*

Keywords: *Psychoanalyst, presence, CTI, patient, team.*

* Associado ao Fórum/CPRJ, Membro do Grupo de Pesquisa Os Primórdios da Vida Psíquica - Clínica dos Primeiros Anos/CPRJ, Psicóloga do Setor de Saúde Mental do Hospital da Lagoa/Rio de Janeiro.

Agradecimentos

a Angela Rabello, psicanalista e Coordenadora deste Grupo de Pesquisa *Os Primórdios da Vida Psíquica – Clínica dos Primeiros Anos* do CPRJ, e Membro Efetivo do CPRJ, pela disponibilidade;

a Isabel B. Borges, psicanalista, Membro Efetivo do CPRJ e integrante deste grupo de pesquisa, pelas trocas sobretudo;

a Alba Senna, psicanalista, Coordenadora do Grupo de Psicanálise com Crianças e Adolescentes do CPRJ e Membro Efetivo desta mesma instituição, pela escuta sempre sensível;

a Silvia Zornig, psicanalista e professora da Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Puc-Rio, pela revisão;

a chefe do setor de saúde mental do Hospital da Lagoa, Dr. Alcio Braz, por seu constante apoio;

a psicóloga do CTI do mesmo hospital, Ora Meisel, que me ajudara muito com sua experiência;

a chefe do CTI pediátrico, Dra. Cristina, que me recepcionou e abraçou a minha idéia;

aos médicos que me encaminharam os casos;

e claro, aos pacientes, pois sem eles esta pesquisa não se realizaria.

“E a vida o quê é, diga lá meu irmão. Ela é a batida de um coração.”
(“O quê é, o quê é”, Gonzaguinha)

Introdução

A idéia desta pesquisa surgiu da leitura da tese de mestrado apresentada no Instituto Fernandes Figueira, em 2002, por Dra. Ângela Rabello: *Construção subjetiva e prematuridade: uma reflexão teórico-psicanalítica*.

A presente pesquisa faz parte do Grupo de Pesquisa “Os Primórdios da Vida Psíquica – Clínica dos Primeiros Anos”, do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro. A parte prática da mesma é realizada no Centro de Terapia Intensiva (CTI) Pediátrico do Hospital da Lagoa, durante os anos de 2007 e 2008.

Trata-se de uma experiência diferente na clínica psicanalítica, a saber: o papel do psicanalista em um CTI pediátrico.

É uma pesquisa psicanalítica, qualitativa, de estudos de casos acerca do CTI pediátrico. A metodologia é baseada em cima de observações participativas e avaliações da demanda e dos casos clínicos encaminhados. Tais ações serão transcritas e baseadas em leituras psicanalíticas de autores como: Cramer e Palácio-Espasa, Freud, Golse, Green, Klaus e Kennel, Lebovici, Nasio, Teperman e Winnicott.

Sabemos que a tarefa de todo psicanalista é acolher o sofrimento do sujeito. Escutá-lo, esteja este no tradicional *setting* de um consultório, internado em uma clínica psiquiátrica ou em um hospital geral.

Esta pesquisa se dá em outro cenário: o CTI pediátrico, onde a demanda pode ser tanto da equipe, como dos bebês hospitalizados e seus pais.

Conhecendo o ambiente

O CTI é um setor do hospital no qual a rotina de cuidados é completa, incessante e realizada por diferentes profissionais. Procedimentos invasivos, como monitoração, exames, medicação, banho e alimentação, são atravessados por mudanças rápidas e bruscas no ambiente, como no caso de uma parada cardíaca de um paciente. Tudo isto vai de encontro à vivência do bebê, até então muito voltado para si próprio e seu ambiente doméstico, em um momento em que os sentidos de audição, tato, temperatura, olfato e visão ganham extrema magnitude.

Antes de adentrar ao cti pediátrico imaginava-o da seguinte forma: pessoas andando e falando rápido de um lado para o outro, barulhos incessantes de máquinas, luminosidade constante, choros e gritos de crianças, expressões de susto e dor de seus pais.

Tal foi a minha surpresa quando me apresentei à chefia deste setor: ela falava comigo em um tom de voz baixo e tranqüilo. Apresentou-me aos técnicos e aos pacientes internados. Estes se encontravam em seus leitos-berços identificados por seus nomes, quietos, a maioria dormindo.

O som da tecnologia se misturava com as vozes dos profissionais que exerciam calmamente suas funções, surpreendentemente felizes. (Talvez seja esta a forma inconsciente que encontraram de estarem ali, convivendo com situações tão difíceis de serem elaboradas como a morte ou um diagnóstico de uma doença crônica e precoce.)

Nada daquela agitação que assistimos nos filmes, a não ser se algum paciente demande a pressa, o imediato.

Além do ruído dos aparelhos, também havia o som da respiração, fala, olhares, movimentos, gemidos e suspiros dos pacientes, seus familiares e da própria equipe.

O CTI pediátrico desta instituição, um hospital geral público situado na zona sul do Rio de Janeiro, é composto de nove leitos e conta com uma equipe de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos do staff do hospital, plantonistas e residentes. Além destes, circulam por ali fisioterapeutas, técnicos de raios-X e outras especialidades médicas, tais como: cirurgiões, hematologistas, oncologistas e etc.

O setor recebe pacientes de zero até 18 anos incompletos e o critério para admissão é: gravidade, pós-operatório e risco iminente de vida. Não se interna quadros terminais. Na entrada do serviço há uma sala de espera com um sofá e uma pia para o descanso e higienização dos pais dos pacientes que ali estão. Este portal separa o papel dos pais (acompanhar seus filhos nesta inevitável jornada) ao da equipe, isto é, cuidar intensivamente dos filhos desses pais. A visita é permitida até às 21h, sendo que, pela manhã, os pais só podem entrar após a rotina. Avôs e avós têm dias marcados. É proibida a entrada de irmãos até 12 anos incompletos. Acima desta idade, somente com a autorização da chefia do serviço e por um período curto; para maiores de 18 anos a visita é liberada. (Apesar dessas regras, penso que há flexibilidade, quando se faz necessária.)

É interessante ressaltar que a maioria dos casais parentais fica internada junto a seus filhos, mesmo não tendo espaço definido para alojá-los. Quando há desejo e possibilidade dos pais (principalmente as mães) estarem junto a seus bebês, a equipe viabiliza a convivência familiar. Ou seja, além de toda a mudança de ambiente, estes bebês sofrem da ausência de seus pais e irmãos durante a hospitalização.

Vale salientar que esta pesquisa já se deu há algum tempo; portanto, algumas mudanças podem ter ocorrido.

A presença do psicanalista

A minha inserção neste setor como psicanalista, partiu de meu desejo e da sugestão da chefia de saúde mental, meu setor de origem. Durante uma reunião com todas as chefias do hospital, tomo ciência da demanda da chefia

do cti pediátrico de mais recursos humanos e me apresento. Agendamos uma primeira reunião, onde ofereço um espaço de escuta para a própria equipe, bebês internados e para os pais destes. Já neste momento a chefe estabelece um horário para minha rotina, inicialmente semanal: às 4.as feiras, após 16h00, “quando o setor está mais tranqüilo e tem mais espaço” para eu atender.

A sala de reunião e descanso dos médicos é oferecida para os atendimentos, junto à abertura de um Livro de Registros: “Se não as coisas se perdem e nada se constrói.”, diz a chefia do serviço. Marcamos a segunda reunião quando ela me apresenta à equipe, ao cenário do cti e suas regras (lavagem das mãos, uso de capote e luvas...).

Alguns dias antes de estreitar este novo modelo de cuidado no CTI, fui até lá convidar a chefia para uma mesa redonda sobre o mesmo, e fui recebida com uma demanda: atender aos familiares de um bebê. Este atendimento foi o primeiro dos casos clínicos relatados. Assim, deu-se a minha inauguração e marca neste setor.

Então, todas as quartas-feiras à tarde, a equipe contava com a minha presença. Até hoje, salvo uma menina de 12 anos, a demanda é feita pelos médicos para atender aos pais, acolhê-los em seu sofrimento. Ressalto que tal demanda só pode surgir há partir da sensibilidade da equipe que considera o paciente não só o bebê internado, mas seus pais. Assim, como é da nossa práxis, escuto suas histórias e informo à equipe acerca da dinâmica psíquica desses pais, assim como informações relevantes de seus entes queridos internados. Tudo isto é relatado nos prontuários dos bebês, marcando este “novo procedimento” inserido na equipe multidisciplinar.

A presença de um psicanalista junto a uma equipe de cuidados pediátricos intensivos pode ser vivenciada de diversas maneiras. Podemos ser bem-vindos, sofrer algum tipo de resistência, nos tornar objeto persecutório ou um fenômeno transicional.

A inserção de um psicanalista: um novo membro na equipe que se destaca por sua especificidade clínica de intervenção, para que sua ação se torne válida e aceita, faz-se necessária a construção de uma relação entre este novo profissional e a equipe. Isto só pode ser possível através de um trabalho inicial com a equipe instaurando uma relação de confiança, continuidade e consistência: a equipe sabia que sempre neste dia e hora marcados podia contar comigo. É claro que este vínculo só pode ser construído através de um fenômeno psicanalítico: a transferência.

Este novo *setting* me suscitou as seguintes questões:

Como os pais dos bebês lá internados, vivenciam esta experiência, tão ímpar, de ter um filho em um ambiente de cuidados intensivos onde não são eles os autores dessas ações? Qual seria o papel de um psicanalista neste novo *setting*? Sua presença é necessária? Faz diferença?

Como hipótese, sugiro: ao inserir um psicanalista em um setor que lida com a iminência da morte em sujeitos de tão pouca idade, supomos que este espaço de escuta proporcionado por esse profissional, ajudaria aos pais destes bebês a elaborarem este momento tão singular em suas vidas, diminuindo seu sofrimento e facilitando a comunicação pais-equipe. O psicanalista, neste ambiente, tem o mesmo lugar de escuta do consultório? Qual seria a diferença?

Como exemplos da minha inserção, relato a seguir alguns casos atendidos.

Consultas terapêuticas: casos clínicos

Caso I

Ao adentrar na ante-sala, sou recebida por uma mãe que se dirige a mim dizendo que a chefe do serviço está ocupada com familiares de um neném que falecera. (Provavelmente já está identificada com esta mãe, recém amputada de seu filho.) Após alguns minutos a médica vem me relatar o caso: Camila, mãe de Helena, e Vânia, avó materna, voltam ao hospital, cinco dias após a morte de H. porque na certidão de óbito não constava o horário do falecimento. Então, esta médica me convida para estar com ela neste atendimento. Ela assume o erro do serviço e informa que o cartório não poderia ter emitido tal documento sem esta informação. Enquanto esta profissional corria pela instituição em busca desta data, fiquei escutando mãe e avó.

Um pouco da história do bebê: Helena nasceu em outro hospital. É encaminhada para o Hospital da Lagoa, permanecendo dois meses lá. É gêmea de outra menina e tem mais 2 irmãos. Iria viver com seus pais, a princípio, mas segundo as informações da médica, caso ela sobrevivesse, até os três anos de vida iria ser muito difícil, e a sua sobrevivência depois também era questionada. Era um bebê de baixo peso, portanto sujeita a pegar infecções (como aconteceu), grave e com atresia de esôfago.

Segundo a médica, H. recebia poucas visitas de sua família. Parece que a equipe investira afetivamente nesta menininha, pois quando cheguei no “aquário” (local cercado por vidros onde a equipe vê todos e vice-versa e onde há um quadro contendo a identificação de cada paciente, o motivo, a data da

internação e a evolução do quadro clínico), a equipe médica estava falando sobre esta morte.

Provavelmente, sem se darem conta, estavam elaborando esta perda, tentando lidar com a frustração e os seus limites próprios e os da medicina, suas impotências..., para, enfim, seguir adiante em seu trabalho: outras vidas, outras gravidades, emergências, surpresas, esperanças.

Vânia, a avó, ocupa o espaço da fala. Diz que vai “correr atrás da autópsia, pois a neta chegara lá “só com baixo peso”, e depois adquirira um monte de doenças”. Em seu discurso aproveita para falar da morte de sua mãe e de seu filho. (Será que usara este espaço como carona para elaborar estas outras perdas? E/ou um discurso catártico? Talvez os dois.) Seu relato também é de culpabilização à equipe. Após essa catarse, V. se volta para a filha que se encontra calada, ocasionalmente emocionando-se. Relata que C. não come mais, que teve câncer, mas já recebera alta.

A médica retorna à sala com o prontuário de H. esclarecendo-as sobre o direito que têm de obter o prontuário do bebê. Percebe, com sua experiência, que a demanda da avó é diferente da mãe, convida V. para um café deixando C. a sós comigo.

Definitivamente, C. precisava se separar de sua mãe para falar acerca da morte de sua filha: “Quero minha filha em casa.” (sic). Chora e se emociona muito. Felizmente, C. aproveitou o espaço terapêutico oferecido e pode falar de sua própria perda sem se misturar com as perdas relatadas por sua mãe. Pois é sua a filha que foi embora. Agora, esta é a sua dor. É preciso falar desta para seguir adiante, posto que sabemos o quanto isto pode afetar sua relação com seus outros filhos, principalmente a irmã gêmea de H. C. tem alguns trabalhos de luto para realizar: elaborar o bebê que nasceu dela e lhe fora retirado em um curtíssimo espaço de tempo; o luto do bebê ideal para o bebê real, para enfim chegar ao processo mais doloroso: o luto do seu bebê. Lembremos Freud, quando este nos afirma da impossibilidade da elaboração do luto de um filho.

Talvez C. não conseguira ter visitado sua filha constantemente, como a equipe desejava. Prefirira ficar com a outra “perfeitinha”, como diz a avó, e que não apontava para uma ferida narcísica. No momento, além desta dor, C. tenta lidar com a realidade que impera: a morte de sua filha, sua doença e seus outros filhos.

Relata que vira no prontuário a “causa morte” de H.: “S.A.R.A.”, me indagando acerca do significado desta sigla. Parece que só agora, após cinco dias de falecimento deste bebê-filha, esta mãe pode começar a entrar em contato

com essa perda. Então lhe ofereço um espaço para que ela continue falando sobre isso. Ela agradece e marcamos dia e hora, mas ela não comparece. Entendo que não quis retornar ao lugar onde perdeu sua filha, uma atitude muito comum nesses pais e mães. Talvez só queira esquecer.

Caso II

P. foi o primeiro paciente apresentado a mim, pela chefia do serviço. Nasceu em 15/02/06 e fora internado em 31/3/07, quando já contava um ano de idade. Hoje tem 2 anos.

O motivo de sua internação fora uma Mielite Cervical Transversa e Atelectasia.

Em 19/12/07 uma médica demanda atendimento aos pais, embora a ênfase é dada à mãe, posto que esta “entra em angústia quando há alguma morte ou iminência de, no setor.” (sic-médica).

Neste dia apenas a mãe, Ana, está presente. Conta que largara o emprego para ficar com o filho internado. Inicialmente mostra-se defensiva, talvez segurando suas emoções. Emociona-se ao falar da proximidade do Natal e das fantasias em relação ao prognóstico – piora do quadro. Vale dizer, que tal fantasia também é baseada, a meu ver, no medo que a equipe tem em relação à má evolução do paciente (que é passada para os pais, mesmo que não concretamente através de palavras; mas gestos, olhares, tom de voz... ao se fazer referência a este bebê). Além desse detalhe, acrescento o clima no qual todos se encontram nesta época do ano, o que torna tudo muito mais mobilizante. A. demonstra sua exaustão ao falar do desejo de retirar o filho da internação fixando um limite: o início de 2008. Ao final da entrevista, se mobiliza e chora.

Na semana seguinte, quando seria a segunda consulta terapêutica, A. não se encontrava no cti, mas a equipe me dá boas notícias: foi feita uma comemoração natalina. P. está vivo e interagindo!!! Na semana posterior ela também não estava. Quinze dias após esta, finalmente encontro-a, mas ela recusa, resiste ao atendimento: “Estou com a garganta inflamada” (sic). Coloco-me à sua disposição, para quando melhorar, informando-a acerca de meus horários no setor e na própria unidade hospitalar. Os médicos também a reencaminham, acreditando na necessidade e beneficência que ela teria deste espaço, mas ela continua resistindo.

Pode ser que esta única consulta terapêutica tenha mobilizado-a bastante. Provavelmente, entrou em contato com suas fantasias em relação à vida do

filho e dela própria. Talvez, ela ainda não estava pronta, psiquicamente, para falar sobre isso.

Um pequeno relato do início do caso sobre o bebê: P. é um bebê forte, que se comunica. Em seu atual ambiente, onde permanece todo o tempo, tem uma tv e dvds de sua preferência e alguns brinquedinhos. Apesar de sua doença e de sua restrição no leito/berço, P. responde às solicitações e aos estímulos dirigidos a ele, advindos de toda a equipe e seus pais. Acredito não só que a mãe e a equipe têm um bom vínculo com este bebê, mas que este, também, faz vínculos.

Este bebê é apresentado desde o primeiro dia como um ser desejante que se comunica e troca com o outro. A título de ilustração, remeto-lhes a uma fala da equipe: “Ele reclama quando o colocamos sentado, pois não gosta desta posição.” (sic) Percebo que assim como os cuidados intensivos são necessários, o vínculo afetivo, o olhar atento, a voz carinhosa, só para citar outras formas de tratar, também fazem parte do tratamento durante a hospitalização. Diante tal fato, parece ser uma equipe que trata o paciente como um sujeito, respeitando seus desejos e limitações. Um outro exemplo: as pessoas já sabem quando ele pede para ligar a tv, pois aponta para o aparelho. Enquanto assiste ao seu programa favorito – o desenho do Barney, um dinossauro –, não interage, fazendo-se senhor de seu próprio desejo.

No início deste ano A. retoma sua atividade laborativa. Será que esta ação pode ser tomada como fuga da situação? Um tempo para descansar do ambiente hospitalar? E/ou, talvez, finalmente, esta mãe encontra-se transferida para com a equipe, confiando nesta, podendo então, se ausentar, habilitando os profissionais a exercerem os cuidados em seu filho?

No início de abril houve uma piora de seu estado clínico: um quadro infeccioso e um primeiro episódio de convulsão. Está sendo medicado com anti-convulsivante. A médica encaminha a mãe novamente para uma nova consulta comigo, mas a mesma resiste respondendo: “Estou bem.” Outra médica me informa que os pais estão separados. Separaram-se durante a internação porque ele se apaixonara por uma mãe de uma outra criança também internada ali, e abandonara o casamento. Agora, o pai está tentando reconquistar a esposa.

Atualmente não vejo mais a mãe lá. É o pai quem está sempre presente. Talvez tenham invertido os papéis. Ou, pode estar muito difícil para a mãe neste momento, conviver com seu filho que já não mais interage com ela.

P. é um paciente neurológico que necessita de aparelhagem para sobreviver: respirador, dieta interal, fisioterapia respiratória. Atualmente os pais es-

boçam um desejo de transferi-lo para a Rede Sarah Kubitscheck, diante de suas condições sócio-econômicas desfavoráveis para propiciar um home care.

P. não está mais responsivo, e cego. É interessante ressaltar que é sua mãe quem avisa à equipe que seu filho não estava mais enxergando. O oftalmologista é chamado e confirma o diagnóstico materno, afirmando também a preocupação, o vínculo e o investimento que esta mãe tem em relação a seu filho.

Caso III

Carlos é um menino de três anos que deu entrada em nossa unidade por conta de um acidente com seu pai na estrada, em sua cidade natal. Neste dia, seu pai resolvera levar o filho para dar uma volta de bicicleta (meio de transporte da família) até o centro da cidade. A mãe resolve ir atrás. Ao atravessar a estrada, um carro os atropela. A mãe assiste a tudo e vai em direção ao filho. Duas ambulâncias chegam ao local. Uma transporta o pai para um hospital da região. A mãe vai com o bebê em outra viatura para um hospital infantil e deste é transferido para o nosso cti. Infelizmente o pai vem a falecer.

O diagnóstico de C. é de traumatismo crânio-encefálico e uma fratura da tíbia direita. Por conta desta tragédia que invade essa família, a mãe é encaminhada pela pediatra-intensivista para uma consulta terapêutica, pois “Já perdeu o marido e pode vir a perder o filho.” (sic-médica).

Eleonora é uma mulher jovem e tem mais dois filhos (11 e 9 anos). Residem em um município do Rio de Janeiro. Aceita o encaminhamento da médica de bom grado. Seu tom de voz é baixo, mas expressivo, assim como seu olhar. Ao falar acerca da cena do acidente, afirma:

“Sei que nessas horas a gente não deve tocar na pessoa, tem de esperar pelo socorro, mas não consegui não ter o meu filho em meus braços.”

Neste primeiro encontro há o início da elaboração do acidente e dos sintomas do filho, assim como da morte de seu esposo.

Na segunda consulta E. fala acerca de sua vida sem o esposo: como irá sustentar os filhos (o marido era a única fonte de renda da família), como os outros filhos devem estar enfrentando essa situação, como é ser viúva tão nova e com três filhos. Felizmente esta mãe-viúva tece projetos para sua vida: diz estar pensando em trabalhar, quando seu bebê for de alta e não mais precisar de seus cuidados podendo ficar com um terceiro. Também se mostra aberta para um futuro relacionamento: “Sou muito nova!”. Talvez para encarnar a função de esposo-pai em outro homem, após elaborar o luto do marido. Penso que isto aponta para uma tendência biófila desta mãe.

É interessante que não assisto a essa mãe desmoronar, apesar de haver momentos de lágrimas e silêncios em seu discurso. Será por um sentimento de anestesia típico desses sujeitos que sobrevivem a uma tragédia e se apegam ao que restou de positivo, no caso dela, o filho? Uma mulher resiliente.

Na semana seguinte, quando do meu retorno, fico feliz e surpresa ao receber a notícia que C. fora de alta. “Você não acredita no seu trabalho?”, uma médica me indaga. Nestes quinze dias de cuidados intensivos de todo aparato hospitalar, o investimento materno, assim como a função continente e o *holding* como ações do psicanalista, foram dois potentes remédios para o retorno desta dupla mãe-bebê ao seu ambiente doméstico. Mesmo diante de um fator traumático poderoso, como a morte do seu esposo e pai de seus filhos, que poderia ter abalado a existência dessa mãe, isto não a impediu de exercer sua função materna. Acredito que a equipe também se encontrava abalada e invadida por essa situação dramática, além de identificada com essa mãe. Assim, usa de todo o aparato clínico e afetivo para salvar a vida dessa díade.

Resultados

Há cerca de seis meses o CTI pediátrico desta instituição conta com a minha presença. No que diz respeito à primeira pergunta desta pesquisa (Como os pais dos bebês internados em cti vivenciam a experiência de ter um filho sob cuidados intensivos de terceiros?), percebi que, em sua maioria, ao iniciar a consulta, mostram-se defendidos, pois ainda não se estabeleceram um vínculo.

A partir da instauração de uma relação positiva de transferência, eles começam a elaborar o trauma da separação de seus filhos, lidarem com a impotência do não saber e do não dar conta das tarefas pertinentes a este tipo de tratamento. Assim, liberam os cuidados de seus entes queridos para a equipe, pessoas que até então não existiam em suas vidas e em quem precisam se vincular, confiar.

Além disso, há também um sentimento de anestesia, uma força para não desmoronar. Após instalada essa relação positiva de transferência, dá-se o afrouxamento das defesas, possibilitando um espaço para elaboração das vivências advindas da internação de seus filhos. Assim, esse espaço diferenciado pode funcionar como *holding* e continente para esses pais falarem de suas angústias em relação à hospitalização de seus bebês. Nessas consultas, escutei:

fantasias em relação ao diagnóstico (“É câncer, mas a Dra. não quer falar.”, diz um pai.), e prognóstico; fases de negação, revolta, barganha, depressão e aceitação, como nos mostra Kubler-Ross no que diz respeito a eles próprios, à equipe, à instituição, ao diagnóstico, prognóstico e à doença do filho; assim como a projeção de afetos na equipe e gratidão.

Para responder à segunda indagação acerca do papel do psicanalista, faz-se necessário enfatizar que este *setting* analítico é um setor hospitalar muito específico onde os pacientes são sempre três: o bebê, sua mãe e seu pai, ou os que ocupam as funções destes; e, onde os profissionais exercem cuidados tão primitivos, colocando-se nas posições materna e paterna, podendo se configurar também como mais uma demanda de atendimento. Sendo assim, estes também têm seus momentos de fragilidade, onde a presença de um psicanalista para elaborar algumas vivências pode se tornar importante para a continuidade do trabalho.

Zornig (2001) propõe algumas ações próprias do psicanalista a se realizar dentro de um cti pediátrico, a saber: ”Em relação aos pais é preciso sustentar uma transferência em um tempo retroativo da história individual dos mesmos, assim como em um tempo de construção da estrutura familiar, procurando mediar a descontinuidade provocada pelo descompasso entre a criança idealizada, do narcisismo parental e a realidade da criança que ali está apontando para um mais além do que é possível ser visto”.

Para tal, lancei mão das ‘consultas terapêuticas’ desenvolvidas por Winnicott. Este pediatra e psicanalista concebe um lugar especial para a primeira entrevista terapêutica. Podendo reduplicá-la, acredita que o uso pleno de uma primeira entrevista pode produzir grandes benefícios. Seria uma aplicação da Psicanálise em termos econômicos, sempre sob o horizonte ético que orienta esta prática de intervenção. Em relação ao *setting*, Winnicott diz que o princípio básico é que este seja humano.

Sobre a equipe: esta pode estabelecer duas bases de relacionamento com o psicanalista. Uma relação de base paranóide, onde a presença de um outro diferente e estrangeiro pode causar certo constrangimento e/ou resistência, ou uma relação de confiança básica. Ambas podem coexistir alternar ou ser uma passagem de fases.

A fim de melhorar o vínculo entre a equipe e este novo personagem e sua técnica, o psicanalista pode oferecer um espaço de escuta aos profissionais que estão envolvidos neste processo de trabalhar em um ambiente convivendo com diferentes níveis de *stress*, para que estes “possam verbalizar suas angús-

tias e abrir um espaço para negociação dos conflitos que se dão neste ambiente” (Zornig, 2001). Percebi que este espaço se dá informalmente, no aquário, quando chego ao setor ou quando algum caso é relatado. Para ilustrar este momento, cito algumas falas das médicas: “Todos os pais que estão com filhos internados aqui precisam de apoio psicológico.”; “Nós também precisamos!... To brincando!”; “Dar notícia do falecimento do filho para seus pais é a pior coisa.” Refletindo sobre esta ação e dever do médico, uma residente desabafa: “Nunca fiz isso ainda porque sou residente, mas não sei como vai ser quando chegar a minha vez”.

Penso que para tal espaço tomar forma, é preciso se instalar uma transferência positiva com a equipe, para que a presença de um psicanalista não seja vivenciada como persecutória ou invasiva. Assim, comecei minhas idas ao CTI, semanalmente, no mesmo dia e horário, acordados com a chefia do setor. Com o passar do tempo, a minha presença no serviço se construiu e algumas médicas já me aguardam para me encaminhar os casos. Além da demanda ter crescido numericamente, formulou-se o pedido para eu estar no setor mais de uma vez por semana, assim como a abertura da minha agenda no ambulatório para os casos de alta hospitalar, quando houver necessidade. Penso que tal fato tem a ver não só com o estabelecimento de uma relação de confiança, mas também com o entendimento acerca do meu trabalho.

O lugar atual de escuta do psicanalista neste *setting* é testemunhar a dor, revolta, culpa e dúvida desses pais internados no CTI junto a seus bebês, e funcionar como objeto transicional entre pais e equipe. Creio ser este o veículo fundamental para o desenvolvimento deste trabalho, fora a transferência, “presente desde o começo do tratamento e o mais poderoso móvel de seu progresso” (Freud, 1916, p. 516). Pommier, em *Desenlace de uma análise* (2003), fala de uma postura ativa do analista, um estado voluntário de atenção, onde este exerce uma tomada de posição explícita, cujo efeito possibilita àquele que fala perceber seu próprio pensamento, que o tornava desconhecido. Daí a analogia entre testemunho e função da transferência. É uma tarefa analítica, se oferecer como testemunha, isto é, um terceiro que atesta a realidade: um psicanalista hospitaleiro.

Futuramente, talvez, a equipe já possa integrar definitivamente o psicanalista como mais um de seus membros, inserindo-o nas reuniões de discussão de casos clínicos. O psicanalista também pode promover outros espaços, tais como um Grupo de Estudos onde se possa estudar o psiquismo do bebê, a subjetividade e fantasias dos pais internados; e ajudar a instaurar uma Reunião

de Equipe periódica com a presença de todos os profissionais: médicos, enfermeiros, auxiliares, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais... e claro, o psicanalista.

Pesquisa apresentada em 27 de junho de 2007.

Karen Tannhauser

Rua Jardim Botânico, 728/405

Jardim Botânico-Rio de Janeiro-RJ

22460-000

fone: (21) 2294-6368

e-mail: kartann@hotmail.com

Referências

- FREUD, Sigmund. (1912). *A dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 12).
- _____. (1912). *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (ESB, 14).
- _____. (1912). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (ESB, 12).
- GOLSE, B. *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- GREEN, A. A mãe morta. In: _____. *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- GUEDENEY, A; LBOVICI, S. *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- JERUSALINSKY, J. *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador: Ágalma, 2002.
- KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais/bebês: a formação do apego*. Rio de Janeiro: Imago, 2002.
- KUBLER-ROSS, E. *On death and dying*. 1969. Wikipédia. Google, 2008.
- LAPLANCHE; PONTALIS. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- MAIA, M. Trauma e catástrofe na experiência subjetiva. In: _____. *Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2003.
- MALDONADO, M. T. O médico e a cliente próxima da morte. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 12. Salvador, 1978.

- MINAYO, S. M. C. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- NASIO, J-D. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- POMMIER, G. *O desenlace de uma análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- RABELLO, A. M. *Construção subjetiva e prematuridade: uma reflexão teórico-psicanalítica*. Originalmente apresentada como tese de mestrado apresentada no Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2002.
- TEPERMAN, W. D. *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. A criatividade e suas origens. In: _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- ZORNIG, S. Prematuridade e trauma: questões sobre a constituição do sujeito. *Revista da SPID*, n. 33, Rio de Janeiro, 2001.