



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
CONSELHO DA FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE -
PRAPS/FAMED/UFU
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - COREMU/UFU

LÍVIA VITÓRIA BERNARDES PEREIRA XAVIER

**DO NASCER AO MORRER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE
ENLUTAMENTOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTO E NEONATAL**

Uberlândia-MG

2024

LÍVIA VITÓRIA BERNARDES PEREIRA XAVIER

**DO NASCER AO MORRER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE
ENLUTAMENTOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTO E NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de especialista em
Atenção ao Paciente em Estado Crítico.
Área de concentração: Atenção ao Paciente em
Estado Crítico

Orientadora: Msc. Luma de Oliveira
Coorientadora: Msc. Gizelle Mendes Borges

Uberlândia-MG

2024

Tua graça me basta,
Teu amor me sustenta.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Jesus Misericordioso, em todos os momentos em que orei, entreguei em Tuas mãos, confiei em sua proteção e fui imensamente agraciada pela sua amorosidade e compaixão. Jesus, eu confio em Vós!

Agradeço aos meus pais, Ana Cláudia e Gilson, que frente às ausências, foram presença em “nós amamos vocês” não-ditos, mas intensamente expressos em forma de cuidado à mim e a minha irmã. Minha mãe, meu exemplo de persistência e fé, enquanto eu escutava os meus pacientes, ela dispunha de paciência para me escutar sobre as minhas vivências da Residência. Meu pai, meu exemplo de disciplina no trabalho e nos estudos, ele que inúmeras vezes tolerou meus atrasos na entrada e saída de turnos e topava quebrar sua dieta quando tudo que eu queria era um jantar cheio de carboidratos como consolo. À minha irmã, Ana Luiza, que ainda pela distância geográfica, se fez presente neste processo, em orações e partilha de vivências do (des)conhecido e a Cacau, minha bolinha de pelo saltitante.

Ao meu namorado, Lucas, que foi luz em meio ao caos. Diante das minhas lágrimas, angústias e inseguranças, se fez presente em afeto, ainda que em cidades distantes: “eu corro a 200km por hora, mas se é pra te ver mais cedo, eu posso ir bem mais além.” Não corremos, caminhamos, e isso é suficiente para mim. Respeitou os finais de semana em que eu mais dormia (descansava) do que ficava acordada e me ensina, rotineiramente, a ver a vida com menos medo ou ansiedade e me mostra o valor da temporalidade nos abraços apertados e nas risadas que fazem os meus dias melhores.

À Lúcia, que ao seguirmos o tempo lógico, está presente na minha vida desde a infância, oferecendo suporte, acolhimento e esperança e que em conjunto com Telmo, me deu todo o apoio emocional frente à Residência, desde o dia da prova até o TCR.

À Gabi, minha irmã de Residência e de coração: “há de surgir uma estrela no céu cada vez que 'ocê sorrir”. Obrigada por tornar meu céu tão estrelado com nossos neurônios iguais.

À Gizelle, tutora e amiga, que trouxe saberes e reflexões sobre o fazer psicanalítico no ambiente hospitalar, para além disso, ampliou meu olhar para a vida e que agora através de cada olhar do nascer ao pôr-do-sol, resgato o quão alegre e forte posso e consigo ser. Obrigada, Gi!

E principalmente, à Luma, que assim como a “mãe canguru”, me colocou em sua

bolsa e embarcou comigo na jornada do TCR, me fornecendo amparo e teoria para a minha escrita, que foi tecida com muita afetuosidade e carinho. Muito obrigada, Luma!

Às minhas preceptoras de campo por todo o aprendizado, parceria, confiança e assistência em meio as demandas e não-saberes disparados por cada campo. À Milla, minha cunhada, que me permite ter o olhar bem cuidado, visto que ele também é o meu instrumento de trabalho nos momentos em que a máscara tampona o rosto e é o olhar que permite a sustentação de vínculo entre psicóloga-paciente. Aos colegas e amigos (em especial, Jessica, Thiago, Ana Júlia e Lorena) de residência que compartilharam essa jornada em consonância comigo, obrigada!

“Viver é uma espécie de loucura que a morte faz.
Vivam os mortos porque neles vivemos.”

(Clarice Lispector, 1999)

RESUMO

O presente trabalho consiste em um relato de experiência de uma psicóloga em um Programa de Residência Multiprofissional em um hospital geral, com objetivo de suscitar reflexões e discussões a partir de suas percepções sobre os fenômenos de adoecimento e enlutamento em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Neonatal. A escrita foi desenvolvida mediante vivências e afetações subjetivas da psicóloga inserida na UTIA por um ano e na UTIN por três meses, transcritas por recortes em um diário de campo e articuladas com a teoria psicanalítica bem como demais literaturas de apoio sobre psicologia hospitalar. Concluiu-se que o adoecimento impacta em lutos concretos e/ou simbólicos, e que a abertura para a narrativa do paciente possibilita o (re)encontro com sua dimensão subjetiva, suscitando na criação de um ambiente facilitador que permite ao paciente e à sua rede de apoio expressar e elaborar as complexidades da existência impactada pela doença.

Palavras-chave: Luto; Psicologia Hospitalar, Unidade de Terapia Intensiva; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

This paper presents an experience report from a psychologist participating in a Multidisciplinary Residency Program at a general hospital, aiming to foster reflections and discussions based on her perceptions of illness and mourning phenomena in Adult and Neonatal Intensive Care Units (ICU). The writing is based on the psychologist's subjective experiences and emotional impacts during her one-year placement in the Adult ICU and three-month placement in the Neonatal ICU. The accounts were recorded in a field diary and later articulated with psychoanalytic theory and other supporting literature on hospital psychology. The study concludes that illness leads to concrete and/or symbolic grief and that allowing patients to narrate their experiences helps them reconnect with their subjective dimension. Moreover, creating a facilitating environment enables both patients and their support networks to express and process the complexities of existence impacted by illness.

Keywords: Grief; Hospital Psychology; Intensive Care Unit; Neonatal Intensive Care Unit.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	METODOLOGIA.....	13
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	16
3.1	OS LUTOS EM UTIs ADULTO E NEONATAL.....	19
3.2	VIDA, NASCIMENTO E MORTE: O PUERPÉRIO ENTRE AS UTIS	23
3.3	AS UTIS E O GESTAR DE (RE)COMEÇOS OU FINITUDES	27
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
5	REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

“Minha vida é um único dia. E é assim que o passado me é presente e futuro. Tudo numa só vertigem. E a doçura é tanta que faz insuportável cócegas na alma. Viver é mágico e inteiramente inexplicável. Eu compreendo melhor a morte.”

Clarice Lispector (1973)

Nascer e morrer são verbos antônimos, que constituem um paradoxo intrínseco à existência de cada indivíduo. Ambos carregam consigo a inevitabilidade da vida: nascemos e morremos. Ao discutir o nascer, inevitavelmente, também se discute o morrer. Sigmund Freud afirma que “o valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo” (1916/2014, p. 185). Nesse sentido, destaca-se que a beleza das coisas está ancorada na sua temporalidade e finitude, evidenciando a condição de mortalidade do sujeito (Flanzer, 2009). Ao confrontar a temporalidade da vida e a suspensão das certezas que ela traz, essa perspectiva atravessa a forma como o sujeito vivencia sua existência, o que pode se manifestar por meio de experiências de adoecimento e enlutamento.

No início da vida, o bebê vivencia o luto da vida uterina, um espaço onde todas as suas necessidades eram atendidas de forma contínua, posteriormente, o ser vivente está às voltas de múltiplas perdas que ocorrem entre idas e vindas, encontros e desencontros, desejos e angústias inerentes à vida, inclusive no surgimento de uma doença que pode afetar qualquer indivíduo, seja ele neonato, criança, adolescente, adulto ou idoso.

Simonetti (2018) descreve de forma clara o momento em que o adoecimento inesperado afeta o corpo, afirmando que “o sujeito vem vivendo sua vida e então, de repente, ou às vezes lentamente, se vê diante de uma realidade perigosa chamada doença” (p. 15). Durante esse processo, as equipes de saúde costumam buscar incessantemente a recuperação e reabilitação do indivíduo. No entanto, uma doença pode se tornar mais grave e levando ao processo de terminalidade, ou seja, à morte.

Na complexa jornada do adoecimento, o sujeito — aquele que é dotado de escolhas, história de vida, singularidade e linguagem — assume a posição de paciente, alguém que espera por algo e atravessa a hospitalização enfrentando diversos desafios, ora estáveis, ora críticos, tanto físicos quanto psíquicos, permeado pela vivência do luto. Compreende-se o luto como um processo natural de elaboração psíquica diante da perda de alguém, algo ou um ideal, em que o sujeito enlutado confronta com a realidade da ausência do objeto perdido e percorre um longo

caminho de organização psíquica, com desfechos variados, mas marcados por um tempo singular para cada vivência de cada sujeito enlutado (Silva, 2023).

Simonetti (2018) destaca a importância de diferenciar os termos "doença" e "adoecimento", sendo que a doença é compreendida como uma alteração corporal, enquanto o adoecimento se refere às experiências existenciais do sujeito durante o processo de adoecer, que envolve o luto como a experiência de perda da saúde.

Neste cenário de doença e adoecimento, o paciente pode necessitar de cuidados intensivos e monitoramento constante, sendo admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). A Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA) se dedica ao atendimento do paciente em estado grave, que necessita de tratamento diuturno, dinâmico, com alto grau de complexidade e vigilância (Almendra et al., 2018). Nessas hospitalizações, os eventos que as antecedem sinalizam importantes repercussões ao longo da trajetória do adoecimento, como em casos de acidentes vasculares cerebrais (AVC), alterações metabólicas graves, aneurismas, traumatismos cranianos, traumatismos medulares, insuficiência cardíaca e/ou respiratória, politraumas e entre outros diagnósticos (Favarin & Camponogara, 2012).

Assim, ao pensarmos em uma UTI, parece difícil conceber que esse espaço possa atravessar o nascimento de alguém, mas “o nascer” também pode ser permeado por adoecimentos e morte, portanto o paciente em estado crítico pode ser também um neonato. No contexto perinatal, durante o processo gestacional até o nascimento do bebê, a mulher e seu parceiro vivenciam múltiplos ajustes psíquicos e lutos devido à intensa mobilização emocional provocada pela gravidez, que pode ser intensificada pela interrupção precoce da gestação, resultando no nascimento prematuro de um recém-nascido em estado crítico ou no nascimento de um bebê sem vida (Aguiar, 2018).

Segundo Moreira *et al.* (2003), uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem como objetivo o tratamento e recuperação de bebês que apresentam alguma questão de saúde ao nascer, como dificuldades respiratórias, baixo peso, malformações congênitas ou outras complicações após o nascimento. Os recém-nascidos estão empenhados em seu crescimento, se capacitando para respirar, sugar, deglutir e manter o controle da temperatura de seus corpos sozinhos. Destarte, a UTIN é marcada por um encadeamento de desencontros entre o bebê e seus pais, visto que o bebê direciona sua energia para autorregulação em um ambiente às vezes pouco acolhedor para a sua sobrevivência. Nesse processo, os pais acabam tendo um trabalhoso processo de elaboração do primeiro luto sobre o bebê idealizado, saudável e que esperavam que

fosse para casa após o nascimento, confrontando-se com um bebê real que mobiliza angústia diante da condição crítica em saúde e seu limiar entre vida e morte.

Assim, o paciente em estado crítico, do neonato ao idoso, juntamente com sua rede de vínculos, experimenta grande impacto com os lutos presentes em uma hospitalização, seja diante da perda da saúde, da funcionalidade, do excesso de sujeição às normas da instituição hospitalar, a ausência no âmbito familiar e, em alguns casos, vivenciam a finitude da morte.

Para Monteiro *et al.* (2018), luto e UTI são indissociáveis, uma vez que a morte geralmente está presente nesse ambiente. Assim, ao discutir sobre a morte, é necessário abordar as despedidas que ocorrem nesse cenário. Com isso, a psicóloga¹ inserida nas UTIs pode intervir auxiliando as famílias no processo de tomada de decisões, ofertando espaços seguros e afetivos para a expressão e validação de emoções associadas ao medo, à esperança ou à ambivalência de sentimentos que emergem durante o processo de elaboração emocional diante do adoecimento e/ou morte iminente de um ente querido (Monteiro *et al.*, 2018).

A compreensão das repercussões psíquicas do adoecimento e luto nessas UTIs torna-se essencial para a prática clínica hospitalar, auxiliando os profissionais de saúde a oferecer um suporte psicológico eficaz e ético aos pacientes e suas famílias, contribuindo para a promoção do bem-estar emocional no contexto hospitalar. Destarte, este artigo visa suscitar reflexões e discussões sobre os fenômenos de adoecimento e enlutamento em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Neonatal a partir das vivências e afetações subjetivas de uma psicóloga inserida no Programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC).

¹ Neste trabalho utilizaremos o pronome de tratamento feminino com a terminologia psicóloga devido à característica da equipe de Psicologia do hospital geral em que foi realizado o trabalho ser composta majoritariamente por mulheres.

2 METODOLOGIA

“Eis o que os meus sentidos aprenderam sozinhos: — as coisas não têm significação: têm existência. As coisas são o único sentido oculto das coisas.”

Fernando Pessoa (1994)

Para melhor definir a metodologia deste trabalho, precisei mergulhar em mim mesma e questionar: Por que a Psicologia? Por que a Psicanálise? De onde surgiu o interesse em estudar sobre perdas e luto no contexto hospitalar? Por que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)? E depois, por que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)? São perguntas e inquietações que não encontraram respostas diretivas e definitivas, mas me moveram ao objeto de estudo e me impulsionaram frente ao desejo de estar na Residência Multiprofissional, especificamente no Programa de Atenção ao Paciente Crítico (APEC), buscando aprender e estar junto, de forma sensível e ética, no “fazer clínico” frente pacientes, familiares e equipe de saúde de cuidados intensivos.

É importante destacar que, atualmente, o programa APEC oferecido pelo hospital onde se deu minha prática não abarca campos específicos voltados à saúde materno-infantil para atuação. Então, este trabalho baseia-se em minha experiência no segundo ano de residência tendo como campo de prática a UTI Adulto (UTIA) por oito meses e a UTI Neonatal (UTIN) por três meses, sendo este campo optativo buscado a partir do meu desejo e curiosidade em me aproximar um pouco mais de questões que envolvessem o luto perinatal.

Ressalta-se que no primeiro mês de prática na UTIN, pude dispor de uma carga horária semanal integral no local. A partir do segundo mês, minha presença no local ficou limitada a dois dias na semana devido à necessidade de conciliação com outros campos, o que pode influenciar em limitações para conclusões sobre este campo de passagem.

Assim, este trabalho consolida-se no relato da minha experiência de acompanhamento de pacientes em estado crítico em UTIs Adulto e Neonatal, com suas trajetórias de adoecimento e hospitalização, o suporte psicológico às suas famílias, discussões com equipe multiprofissional e supervisão de preceptores e tutora do programa.

Para melhor ilustrar a estratégia de trabalho da residente, os acolhimentos psicológicos eram realizados por meio de busca ativa ou mediante discussões de casos com outros profissionais das UTIs. Os atendimentos psicológicos podiam ser solicitados tanto para os pacientes quanto para seus familiares, sempre que se identificava uma necessidade específica, sendo ofertados de forma individualizada ao paciente, aos familiares, ou mesmo em conjunto

com outros profissionais de saúde. Em situações delicadas, como a comunicação de más notícias, a intervenção conjunta com outros profissionais era priorizada, com o objetivo de proporcionar um suporte psicológico integrado. A manutenção desses atendimentos ocorria semanalmente, ora à beira do leito, ora em uma sala privada, visando respeitar a singularidade do quadro de adoecimento e suas repercussões tanto no paciente quanto nos familiares, ajustando o *setting* terapêutico conforme as demandas emocionais e clínicas de cada situação.

Os acolhimentos psicológicos aconteciam majoritariamente no período da tarde, especialmente durante o horário de visitas. Em um ambiente de UTIA, em que o estado de coma do paciente é frequente, o foco inicial dos atendimentos incide sobre os familiares. Esses encontros, realizados ora ao lado do leito, ora em uma sala reservada, tinham como objetivo facilitar a compreensão dos familiares sobre o processo de adoecimento, hospitalização e a dinâmica da rede de apoio. Durante esse processo, identificava-se o “familiar âncora” – aquele que assumia o papel de referência principal durante a hospitalização do paciente (Marca *et al.*, 2018).

Nos casos em que os pacientes se apresentavam lúcidos ou mesmo em condições de ventilação mecânica, os atendimentos individuais eram priorizados durante o período da manhã, permitindo uma abordagem focada nas necessidades do paciente, enquanto os familiares eram acolhidos durante as visitas vespertinas. Assim, o trabalho psicológico, ancorado na escuta ativa e na sensibilidade clínica, buscava não apenas atender às demandas imediatas, mas também fortalecer os laços entre pacientes, familiares e a equipe de saúde das Unidades de Terapia Intensiva.

Utilizou-se a abordagem psicanalítica como método teórico e clínico dos fenômenos apresentados em atendimentos psicológicos utilizando os operadores clínicos da associação livre, atenção flutuante e laço transferencial para o desenvolvimento dos atendimentos psicológicos. Sobre este trabalho, acrescento que o relato de experiência pode ser compreendido como um estudo descritivo que parte da expressão escrita de vivências fundamentado em uma postura ética, crítica e reflexiva em consonância com o apoio teórico e bibliográfico (Mussi *et al.*, 2021). A revisão bibliográfica que complementa este trabalho se deu pela pesquisa em periódicos científicos, livros, teses e outras fontes relevantes norteadas pela perspectiva psicanalítica, abordagem de identificação de autora e coautoras. A Psicanálise, em seu método teórico e clínico, também se implica na compreensão e leitura dos fenômenos sociais (Chrisóstomo *et al.*, 2018).

A questão central que moveu o desenvolvimento deste trabalho partiu de minha inquietação e curiosidade sobre as diferenças e similaridades associadas ao adoecimento e ao luto nas UTIs Adulto e Neonatal. Para Iribarry (2003), ao desenvolver uma pesquisa em Psicanálise, existe uma implicação subjetiva por parte do pesquisador, que busca uma aprendizagem a partir de vivências e criatividade diante do que já foi feito, já visto e também do nunca tentado, como no presente caso, em que se propôs experienciar situações de adoecimento e enlutamento em uma UTIA e em uma UTIN de modo concomitante, tendo identificado em nosso levantamento bibliográfico uma escassez de estudos que aproximem essas duas Unidades.

Destarte, para recordação e elaboração das vivências associadas aos casos clínicos acompanhados no hospital ao longo da realização da Residência, utilizei um diário de campo em que era registrado recortes de casos e me aproximava de minhas afetações subjetivas com os atendimentos realizados. Por fim, no que tange aos aspectos éticos, manteremos o sigilo dos pacientes e de seus acompanhantes atendidos, optando por não utilizar seu nome e nem descrever características que possam identificá-los. Compreendemos que a escolha metodológica deste trabalho se alinha à Resolução N° 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que, no parágrafo único do artigo 1º, estabelece sobre metodologias de pesquisa que não necessitam de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP (Brasil, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente realizo uma breve apresentação acerca de mobilizações subjetivas que repercutiram no desejo de estar em uma Residência Multiprofissional, posteriormente discorro sobre os lutos na UTIA e na UTIN, visando destacar possíveis diferenciações e semelhanças nesses espaços, reverberando em associações que pude fazer sobre as funções da incubadora e do leito do paciente adulto em UTIN e UTIA, respectivamente.

É a partir de vivências pessoais de perdas simbólicas e concretas que encontrei o desejo de estudar sobre a vida atravessada por infortúnios que não possuem dia ou hora para chegar, ampliando meu olhar para as condições existenciais adjacentes ao viver que é constantemente atravessado pelo luto e pela morte.

Na campos em que atuei como residente, como enfermarias, ambulatórios, Unidade de Hemodiálise e Transplante Renal, UTIs, Pronto-Socorro Adulto (PS), Pronto-Socorro Ginecológico e Obstétrico (PS G.O), Comissão de Cuidados Paliativos, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), e por fim, a UTI Neonatal, transitei entre “andanças” e tropeços. A multiplicidade de setores pelos quais passei ampliou meu olhar para os diversos sujeitos inseridos na cena hospitalar, não perdendo de vista que a psicanálise opera a partir da “clínica do singular”, em consonância com histórias, memórias, angústias e funcionamentos psíquicos de cada sujeito.

A palavra *paciente*, segundo Saito *et al.* (2013), começou a ser utilizada no século XIV e está associada com a pessoa que tem paciência. Já no aparato médico, paciente é aquele que padece, aguarda e recebe cuidados específicos acerca de seu padecimento. De acordo com Berlinck (2000), *psicopatologia* expressa em seu significado o discurso (*logos, logia*) oriundo da paixão, do afeto (*pathos*) e para onde desemboca também o termo “paciente”. Portanto, retomo ambas as palavras - *paciente* e *psicopatologia* - para abordar a terminologia do *pathos* associada a uma modalidade afetiva que cada sujeito, desenvolve para estar no mundo, sendo também atribuída ao adoecimento físico e psíquico (Resende & Filho, 2004).

Segundo Simonetti (2018), a psicanálise transita pelos variados sentidos de *pathos*, se propondo a trabalhar com as paixões do sujeito diante de um sofrimento psíquico excessivo (Simonetti, 2018). É a partir das palavras *paciente* e *pathos* que adentro na perspectiva de adoecimento e sofrimento psicológico, visto que, o termo paciente abarca os indivíduos com quem me encontrei ao longo da Residência, a maioria destes em face a disfunções orgânicas e se (re)construindo perante diagnósticos, em hospitalizações breves ou prolongadas.

Simonetti (2011) tece as distinções entre o trabalho multiprofissional exercido sobre um paciente no ambiente hospitalar. Assim, ainda que uma equipe de saúde exerça seu trabalho

sobre um mesmo paciente, ele receberá cuidados diferentes por parte de cada um. Nesse sentido, a filosofia da Medicina centra-se na perspectiva de curar e salvar vidas; da Enfermagem, os cuidados ao corpo; a Fisioterapia desempenha o acesso do paciente ao movimento corporal e a Psicologia na cena hospitalar parecer estar às voltas do reposicionamento subjetivo do paciente e de seus familiares frente o adoecimento e consequente hospitalização.

O psicólogo opera seu trabalho com o corpo simbólico, constituído pela palavra, portanto, o fazer da Psicologia na cena hospitalar se centra no campo da palavra e da narrativa, destacando-se que a palavra não se restringe ao uso da comunicação verbal, mas também aos signos não-verbais, como gestos, olhares, escritas e o silêncio, em que paciente e psicóloga (o) viabilizam a construção de um mundo de significados e sentidos frente ao processo de adoecimento e hospitalização (Simonetti, 2011).

No entanto, frente aos procedimentos padrões, percebi que o paciente por vezes é objetificado, sendo identificado a partir de seu quadro clínico ou numeração de seu leito, de modo que inúmeras vezes fui solicitada para atender “*o paciente do 710A*” ou “*a paciente com HDA e com abstinência por uso de cigarros*”, por exemplo. Em muitos momentos me atentava para não ser reprodutora dessa repetição esmagadora de subjetividades e quando ia discutir o caso com algum membro da equipe referenciando o nome do paciente em questão, em algumas situações recebia um olhar de confusão e depois um singelo: “*Ah, sim. Você está falando do paciente do leito 710A que possui Hemorragia Digestiva Alta (HDA).*” Destaco que referenciar o nome do paciente é evidenciar sua subjetividade, a história e as narrativas que o constitui, em oposição ao assujeitamento que a instituição produz.

Ao dar espaço para as narrativas, percebi que em alguns casos eu era reconhecida como “*a menina que conversa com o paciente*”. Contudo, essa conversa vai além de palavras trocadas, ela é entretecida por técnica e delicadeza. Não se trata apenas de ter voz e paciência, mas de uma disponibilidade genuína para escutar. É um encontro onde o silêncio também fala e a escuta abre caminhos para o sujeito. Aqui, segundo Prochet *et al.* (2012), se abarca o cuidado efetivo-afetivo, em uma relação de interação de sujeito-sujeito e não sujeito-objeto.

No que tange ao referencial psicanalítico, as técnicas de associação livre e a atenção flutuante favorece o convite do paciente à fala, seja sobre o adoecimento ou não, e a partir disso, o paciente se desloca para outras temáticas existenciais (Simonetti, 2018). A expansão da narrativa é viabilizada ainda pela chamada transferência, que possibilita interpretações e construções, como breves perguntas, pontuações, marcações, interjeições ou até mesmo escandir — oferecer interpretações ou reflexões de maneira cuidadosa e poética — ao paciente, possibilitando o reposicionamento do paciente diante de si mesmo e a magnitude do evento

vivenciado. Nesse sentido, não se utilizam questionários ou protocolos, mas a abertura de narrativas e significados diante do passado, do presente e do futuro (Simonetti, 2018).

Ao longo da Residência, pude perceber que andar, caminhar, verbalizar junto ao paciente, e para além da palavra concreta, realizar ações diretivas são cuidados possíveis diante do adoecimento e se destacam como intervenções profícuas, como ajustar cobertas, abrir e fechar janelas, apagar luzes que muitas vezes permanecem ligadas, autorizar liberações de visitas ou acompanhar ligações e videochamadas para familiares, ouvir músicas junto com paciente e acompanhantes e confeccionar identificações de leito mais afetivas com fotos e desenhos de familiares se tornaram potentes operadores clínicos na cena hospitalar.

Uma particularidade importante de se destacar nesse processo é o quanto a restrição da comunicação verbal é uma realidade rotineira dentro de um hospital geral, inicialmente me deparando com uma limitação de repertório para o fazer clínico diante desses pacientes e me questionando como poderia operar a escuta psicanalítica nestes casos, visto que, por vezes, pelo alto nível de medicações, equipamentos e alterações das funções psíquicas, a verbalização do paciente ficava restrita, sendo necessário guiar-me por outros manejos possíveis que favorecessem o atendimento, evidenciando o quanto os não-ditos e o silêncio são intervenções possíveis na clínica psicanalítica.

Pode-se perceber que a doença crítica e a necessidade de equipamentos avançados de suporte de vida repercutem em um estado assujeitamento aos moldes da instituição hospitalar e é para este corpo que centro o olhar ao longo do acompanhamento da hospitalização dos pacientes em UTIA e UTIN.

Na impossibilidade da fala, eu emprestava minha voz e transmitia informações básicas sobre o dia, como a data e o horário do momento, se fazia sol, chuva, frio ou calor e retomava sobre a trajetória da hospitalização, ou seja, transmitia ao paciente a vida externa ao hospital até que em algum momento este, por si próprio, manifestasse movimentações psíquicas, fossem por meio de lágrimas, apertos de mão, sustentação do olhar ou da própria palavra anunciada.

Em outros casos, ainda que o paciente tivesse manutenção da atividade cerebral, podia haver uma dificuldade em fazer a sustentação de uma presença continente junto a ele, já que me deparava com olhares vagos e voz ainda ausente. Além disso, a ausência de um familiar trazia dificuldades para enunciação do sujeito, que poderia inclusive morrer a qualquer momento.

Na UTIN, me via conversando com bebês, utilizando seus nomes, mesmo que em seus bercinhos, antes de serem registrados, encontrasse-se apenas os números de seus prontuários e os nomes de suas mães. Me impressionei ainda quando em um dia em que uma recém-nascida chorava copiosamente em seu leito e seus familiares encontravam-se ausentes, ousei tentar

conversar com ela visando acalmá-la e me surpreendi quando o choro foi interrompido por um olhar atento direcionado a mim.

Segundo Mathelin (1999), os cuidados médicos são portadores de desejo de vida, entretanto, isto não basta, para viver também é imprescindível inscrever o sujeito em uma fala. O bebê é verbalizado e nomeado pelos pais, carregando em seu pequeno corpo histórias inscritas à priori que se fazem presentes na UTIN a partir da forma como os pais contam sobre a descoberta da gestação, o processo gestacional, expectativas, idealizações e medos vivenciados durante a hospitalização do neonato em uma UTIN e os planejamentos após a alta do bebê para casa. Nesses casos, a inscrição da história do bebê também se dá pelo reconhecimento dos pais de traços físicos (se parece com a mãe ou o pai), de humor (calmo ou agitado), entre outros.

À vista disso, retomo um poema nomeado como “*Saber viver*”, comumente atribuído à autoria de Cora Coralina, mas sem registro oficial de sua composição.

“Não sei... Se a vida é curta ou longa demais para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura... enquanto durar.”
(Anônimo, n.d.).

Segundo Freud (1937/2018), o analista assume a posição de “acompanhante” das narrativas do paciente, que são expressas no tempo do paciente quantas vezes ele achar necessário. Unindo a perspectiva freudiana com o poema apresentado, ao seguir o tempo do paciente na cena hospitalar, em muitos casos, o fazer clínico está na aposta em estar junto nos passos indeterminados que a travessia do adoecimento impõe ao sujeito em um colo que abraça a alma e silêncios que falam com respeito, visto que, oferecer um espaço de escuta e sustentar uma presença se apresentam como técnicas fundamentais para que sejam possíveis ressignificações entre o paciente, seus familiares e suas relações com o adoecimento.

3.1 OS LUTOS EM UTIs ADULTO E NEONATAL

Philippe Ariés (1989) apresenta que os comportamentos sociais frente à morte se diversificaram durante os séculos, anteriormente compreendida como um evento natural e familiar, sendo deslocada para um fenômeno distante e amedrontador na atualidade, comumente interdita no discurso social.

A fuga constante da terminalidade impossibilita que a sociedade compreenda as diversas mortes a que estamos sujeitos rotineiramente: do nascer ao pôr-do-sol de um dia, as estações do ano; o fim de um livro; mudanças de ciclos e entre outros, constituindo em pequenas mortes do viver.

Nos atendimentos realizados, a angústia central dos pacientes hospitalizados e dos familiares que os acompanhavam era o medo de dali não saírem, ou seja, de morrerem ou perderem seus entes queridos. Em muitos casos, a angústia de morte se apresentava a partir de inquietudes, limitações no sono ou na alimentação, alterações de humor e recusa ativa de realização de exames ou outros procedimentos. Da parte dos familiares, se apresentava na dificuldade de irem embora, medo do telefone tocar e medo dos boletins médicos.

Como psicóloga residente, percebia os movimentos que a equipe multiprofissional realizava para evitar a anúncio da morte, nomeando-a como “*prognóstico reservado*”, “*desfecho desfavorável*” ou “*possível evolução para óbito*”. No entanto, no momento de “*comunicação de más notícias*” ela inevitavelmente se apresentava com força, muitas vezes por gritos, questionamentos e lágrimas.

Muitas vezes, a sedação e os dispositivos de suporte à vida, como a ventilação mecânica, dificultam o contato do paciente com terceiros e intensificam sua dependência total de cuidados. O corpo do paciente precisa ser monitorado, cuidado, olhado e às vezes invadido para que possa (sobre)viver, compreendendo que os tratamentos oferecidos visam o enlace do paciente para a vida.

A partir do exposto, retomo a UTI Neonatal e a parentalidade exercida frente aos quadros críticos de saúde-doença. De acordo com Aguiar (2018), o processo da parentalidade está implicado no decurso de tornar-se mãe ou pai, iniciado anteriormente ao nascimento da criança, visto que ela já existe no discurso dos pais previamente ao seu nascimento a partir de desejos e expectativas expressadas e alimentadas por eles durante a gestação.

Aguiar (2018), ao retomar os conceitos de Lebovici (1987), apresenta a existência de três tipos de representações dos bebês na organização psíquica dos pais, sendo: o bebê imaginário, o bebê fantasmático e o bebê real. O *bebê imaginário* refere-se às projeções parentais sobre o bebê, como características imaginadas pelos mesmos, como traços físicos, personalidade, sexo e entre outros. O *bebê fantasmático* indica a história infantil de cada um dos pais que se apresenta a partir de fantasias inconscientes e as organizações edípicas envolvidas ao longo do período gestacional. Já o *bebê real* faz alusão ao bebê propriamente dito, isto é, aquele que os pais têm em seus braços.

Pela perspectiva apresentada, ao longo da gestação, o bebê imaginário ocupa majoritariamente as expectativas e idealizações dos pais, mas após o nascimento os pais

precisam realizar um trabalhoso processo de elaboração do luto desse bebê imaginário para darem lugar ao bebê real, dotado de fragilidades.

Para Gomes e Pereira (2021), a internação de um recém-nascido em uma UTIN pode mobilizar emoções relacionadas à ruptura de expectativas construídas ao longo da gestação, gerando sentimentos de medo, incerteza, frustração, culpa e infelicidade. O sentimento de culpa, em particular, está ligado à crença de onipotência e à percepção principalmente na mãe de que falhou, acreditando que seu corpo foi danoso ao bebê, o que intensifica a sensação de responsabilidade nos processos de saúde-doença do neonato.

Os pais no contexto hospitalar, em muitos casos, encontram-se desprovidos do exercício da função parental, pois pouco podem tocar ou exercer cuidados frente aos seus bebês, dessa forma, tal cenário pode dificultar o exercício saudável das funções materna e paterna, gerando consequências no desenvolvimento emocional do bebê (Aguiar, 2018). Isso aponta a importância da oferta de escuta e elaboração dessas formas inesperadas de maternar e paternar, mediadas por terceiros e por aparatos clínicos e tecnológicos.

Na UTIA, o paciente, quando consciente e lúcido, está em contato direto com sua vulnerabilidade orgânica e psíquica, de modo que a possibilidade da clínica está associada à aposta de estar junto ao paciente em meio ao desamparo que a rotina hospitalar opera sobre ele, provocando processos de luto com a perda de funcionalidades, rotinas, entre outros.

Assim, a hospitalização de um paciente em uma UTI, seja Neonatal ou Adulto, é permeada por diversos enlutamentos. Para falar sobre a dinâmica psíquica do luto, retomo Freud (1917/2010) o apresenta como um processo de diminuição progressiva de energia pulsional entre o sujeito enlutado e o objeto perdido, isto é, o sujeito enlutado gradualmente se apropria da realidade em que o objeto perdido já não se encontra presente, desvinculando-se do objeto perdido e assimilando sentimentos adjacentes à perda, como a tristeza, a saudade e a angústia de se reconstruir em um mundo sem a presença do objeto.

Segundo Franco (2021), enlutar-se é uma reação natural e esperada à perda de uma pessoa amada ou ainda em relação à uma abstração singular ao sujeito, como um ideal, planos e objetivos. Então além do luto vivenciado pela concretude da morte, a hospitalização em UTI pode reverberar em outras modalidades de enlutamentos. À vista disso, percebi que atuar nesses dois cenários, ainda que possam abranger a internação de pacientes em estado crítico como aspecto similar, possibilitaram modalidades de atendimentos psicológicos diferentes, tornando-se pertinente compreendê-los.

Ambas as Unidades gritam a realidade do corpo que falha, a inexorabilidade da morte, a fragilidade da vida e a realidade de uma existência que poderá continuar limitada. Em muitos casos, a doença de base repercute em fragilidades à posteriori. O sujeito que adentra na porta

do hospital não será o mesmo que sairá, assim como os acompanhantes de sua rede vincular. Complementando, segundo Cosmo *et al.* (2014), podemos pensar no enlutamento em uma hospitalização a partir da impessoalidade do ambiente para o paciente, a solidão e o isolamento intensificados pela limitação dos horários de visita, o prognóstico incerto ou desfavorável, a carência de informações claras, o medo da morte, o sofrimento físico e psicológico do paciente, além da ausência de privacidade e individualidade.

A perda, concreta ou simbólica, associa-se ao mundo presumido de um sujeito que desmorona. Para Parkes (1998), o mundo presumido baseia-se em um conjunto de concepções que se tornam referências para o que se reconhece como mundo de uma pessoa, ou seja, este mundo é responsável por fornecer estabilidade, segurança e confiança em uma realidade minimamente previsível, entretanto, diante de uma perda, há uma ruptura no mundo presumido, que repercute em um período de crise e de transições psicossociais para o paciente e seus familiares. Desta forma, o luto se caracteriza como um período necessário para a descoberta do que o sujeito se torna após a perda de algo ou de alguém significativo (Monteiro *et al.*, 2018).

Me recordo do mundo presumido que desaba quando os sujeitos precisam encarar um novo mundo que irrompe de forma súbita e dolorosa frente o adoecimento ou comunicação de morte. Segundo Thebas e Amaral (2022), o grito da dor, o chorar de raiva e o descabelar de desespero são situações que expõem a desarrumação da alma. Neste momento, não há espaço para abafamentos, mas sim para expressões de sentimentos a partir da intensidade que tais situações os convocam.

Acompanhar alguém morrer é talvez a tarefa mais densa de uma existência. E não é possível que nós, aqueles que estão do lado de fora dessa história, coloquemos filtros na expressão de quem passa por isso (...) Rubem Alves, aquele que tanto sabia sobre tantas coisas, dizia: melhor do que falar bonito é escutar bonito. Precisamos, na hora do morrer, da morte e do luto, de gente que se disponibilize a escutar bonito (Thebas & Amaral, 2022, p. 186).

Em casos de doenças graves e irreversíveis, torna-se necessário sustentar a jornada da finitude concreta, permitindo inclusive que o paciente e sua família realizem despedidas, possibilitando encontros entre vida e morte com manejos que podem parecer simples, como acompanhar a entrega de um terço, acompanhar uma oração, estender o horário de visita burocraticamente estabelecido de minutos para horas, no acompanhamento de crianças e adolescentes em visita ao familiar hospitalizado, entre outros. À vista disso, escutar com afeto se torna uma aposta grandiosa em um ambiente de UTI.

Diante de múltiplas perdas decorrentes dos processos de adoecimento e hospitalização, a família atravessa alguns lutos junto ao paciente sobre o leito: a ausência deste em casa, o

silêncio de quem antes ria e verbalizava, as feições e o corpo debilitado pela doença. Quando algum paciente como esse expunha seus limites orgânicos, parecia que a equipe resistia ao encontro natural deste com a morte, insistindo em investimentos para a vida que podiam até se tornar invasivos. Nesses casos, a intervenção da Psicologia também se dava frente à equipe a partir do fortalecimento da compreensão e do respeito do fim da vida do paciente. Aqui, sinto que em oposição à lógica médica vigente de “salvar vidas”, a equipe de Psicologia às vezes pode “salvar mortes”, atentando-se à dignidade do paciente em terminalidade.

O paciente, do bebê ao idoso, quase nunca chega sozinho ao hospital, sendo acompanhado por sua rede vincular interpessoal, sejam familiares ou amigos, desta forma, cada um possui movimentos particulares, mecanismos de enfrentamento e diferentes respostas frente ao adoecimento e possível finitude. O movimento de presença-ausência é marcante em ambas as Unidades, e nelas os familiares devem realizar o reconhecimento psíquico do desconhecido, dos múltiplos dispositivos e se adaptar a mudanças geradas pela criticidade em que o paciente se encontra. Em alguns desses casos, com a possível alta para casa, os manejos clínicos incluem o incentivo da participação dos familiares nos cuidados ao paciente, ajudando-os a compreender sobre esse novo ser e a auxiliá-los em novos engates para a vida.

Tomando em consideração o papel da família nessas Unidades, torna-se importante destacar um contraponto entre a UTI e a UTIN nas quais atuei e que chama a atenção. Enquanto na UTIN os pais de um recém-nascido podiam permanecer por 24h, na UTI Adulto os familiares se limitavam a breves intervalos de horários para visitas e recebimento de boletim médico, tendo que contar com avaliação da equipe para abertura de exceções como a “visita estendida”, que permitia permanência de um acompanhante até o final da tarde.

Ao acompanhar as hospitalizações na UTIA, observei que a maioria dos casos teve a morte como desfecho final ou “desfecho desfavorável”, como comumente dito pela equipe médica, e em certa medida, mesmo que de forma dolorosa, esperada por equipe e familiares. Diante dessa experiência, ao entrar no ambiente de uma UTIN, desejava compreender sobre a finitude atrelada ao início da vida. Entretanto, ali subitamente me surpreendi ao encontrar presença, planos, sorrisos e mais esperança em um lugar em que ensinava estudar sobre a morte, me deparando com outras nuances da vida. A criticidade em uma UTIN também está posta, mas parece suspensa pelas diversas apostas na vida.

3.2 VIDA, NASCIMENTO E MORTE: O PUERPÉRIO ENTRE AS UTIS

“As coisas revestidas de morte são também as coisas revestidas de vida.”

Noemi Jaffe (2021)

Ao longo do período em que transitei pela UTIN, coincidentemente, vivenciei cenários em que as mães de alguns bebês estiveram internadas na UTI Adulto. Nesses casos, as gestações transcorreram de forma saudável até o terceiro trimestre, quando estas mães precisaram ser submetidas a cesarianas de urgência devido a agravamentos em saúde, como a síndrome de HELLP — complicação da pré-eclâmpsia e eclâmpsia, que pode levar à morte materna e fetal se os sintomas não forem identificados precocemente (Krebs *et al.*, 2021) —, uma condição oncológica e o envolvimento em um acidente de trânsito.

Em situações em que vida e morte se entrelaçam no nascimento, questiono qual é a clínica possível entre mãe e bebê internados em UTIs, ambos lutando pela própria sobrevivência. Como repercussão de tal questionamento, ao transitar entre as UTIs Adulto e Neonatal, pude compreender a importância de me apropriar do lugar de testemunha da perda, isto é, sustentando e suportando fixar o início da vida atravessado pela morte concreta ou simbólica junto às pacientes em puerpério e sua rede vincular.

Isso posto, utilizo aqui de e vinhetas clínicas para transmitir o que senti ao acompanhar cada caso nessa dualidade entre mãe e bebê em estados críticos, em uma breve apresentação que inclui lembranças, afetações e o impacto que determinados casos mobilizaram em mim. Esse exercício é parte da minha prática profissional, refletindo como essas experiências me sensibilizaram como os "restos" que ficaram e produziram efeitos que, a partir da vivência, precisaram ser elaborados em forma de escrita.

Nos casos em que mães, após o parto, eram transferidas para a UTI Adulto e os bebês eram admitidos na UTI Neonatal, me via inicialmente na posição de fazer uma ponte entre essas mulheres e seus bebês. Nos primeiros atendimentos, as mães dividiam-se entre a recuperação do corpo, o luto do parto idealizado e da ruptura do encontro com seus bebês, então eu tentava localizar um familiar (como pai ou avós) para mediar informações sobre o quadro clínico do bebê e a oferta de fotos para que as mães pudessem conhecer seus filhos.

Recordo-me do caso de uma puérpera em que nos primeiros atendimentos a ela, parecia não haver nada para ser falado, então eu apenas oferecia minha presença e dispunha de auxílio no que fosse necessário. A fragilidade física parecia impedir que essa mãe verbalizasse qualquer coisa no atendimento psicológico. Após dois dias na UTIA, ela começou a apresentar sinais de melhora clínica, e ali, aparecia também o desejo de ver a filha, então a acompanhei com auxílio de outros profissionais da equipe. Ao chegarmos na incubadora, a mãe que parecia fraca devido ao puerpério crítico, subitamente experimentou se levantar da cadeira de rodas com um sorriso, verbalizando palavras de afeto para a filha. Ali, percebi que o silêncio e a quietude da mãe

reuniam forças para que ela pudesse operar sua maternidade, naquele breve momento em que a fragilidade do corpo era tamponada pelo desejo de ver e assegurar a sobrevivência de sua filha.

Em outro caso de puerpério crítico, ofereci acolhimento ao namorado da paciente, ora a beira-leito dela, inconsciente na UTIA, ora a beira-leito do filho do casal na UITN. Em todos os atendimentos, ele mantinha-se suportivo para a sua família, tornando-se pai e esposo em meio às adversidades. Após recuperação da paciente, ocorreu o primeiro encontro entre mãe e bebê na UTIN acompanhado da equipe de Psicologia. Novamente retomo a surpresa de ter adentrado na UTIN para estudar sobre o desencontro da morte em neonatologia e aqui me deparar com os primeiros encontros na vida de um bebê com sua família.

Entretanto, ainda que tivesse vivenciado mais encontros em vida, também chegou o momento em que vivenciei a morte entrelaçada ao nascimento. Ao descobrir uma gestação, o bebê é nomeado, investido e amado. No entanto, diante da ausência de garantias que a vida impõe para cada sujeito, o nascimento pode ser atravessado pela morte. Neste projeto de vida, perde-se expectativas antecipadas de maternidade e de paternidade, perdem-se sonhos, perde-se uma parte de si (Salgado & Polido, 2018).

Em outro caso, de uma recém-nascida com malformações congênitas filha de uma paciente com importantes agravos clínicos, quem fazia a ponte entre a bebê e a mãe, era a avó, que após alguns atendimentos da equipe de Psicologia, revelou também estar doente. Neste caso, a morte se aproximava de forma um pouco mais escancarada para essa família, que a reconhecia e a temia, enquanto tentava se rearranjar em uma nova dinâmica de cuidados para a bebê que estava experimentando habitar o mundo em uma família ampliada.

Por fim, a morte também se fez intrusa em um caso de perda gestacional, travessia que acompanhei e que escancarou a tragicidade que se impõe quando tudo que se espera é o nascimento:

Pouquíssimos meses afastavam o menino de seu encontro com a vida, vida fora do útero e de encontro aos seus familiares. Gravidez nada planejada, não intencionalmente, mas imensamente desejada. Na vida, há planejamentos e expectativas que por vezes são atravessados por alguma tragicidade que aparece subitamente. A mãe na UTIA, verbalizando o desejo de conhecer o filho, o filho no Instituto Médico Legal (IML). Como possibilitar esse encontro? O encontro, que se apresenta mais como uma despedida, se torna a minha luta como psicóloga e como pessoa. Duas idas ao IML. Consigo o registro da mãozinha e do pezinho do bebê, depois, uma foto; o bebê não é mais “bebê” para alguns, é só mais um feto que não sobreviveu. A morte em seu estado mais nítido. Para a mãe, era o único filho de seu ventre, amado, esperado e idealizado. Não há palavras para descrever e escrever a experiência, apenas recordo do cheiro de putrefação do ambiente e a necessidade interna de fazer o encontro

possível entre mãe viva-filho morto. Fico perdida para quem olhar: o bebê morto ou a mãe que apresenta o desejo da vida? Há um engasgo, um tropeço nas batidas do meu coração quando me recordo dos atendimentos, das dificuldades, do não-saber e dos descuidos institucionais. O encontro é viabilizado pela distância, uma foto, é a foto que liga a mãe ao filho que ainda não conhecia, mas ambos compartilharam sete meses de vida com carinho e amor, relação construída na gestação, nos movimentos vivos que o bebê fazia em seu ventre, a sensação de ligação e corporeidade tão presentes que a fez sentir os últimos movimentos do filho, como em um compasso do adeus apenas vivido entre ele e ela. Essa despedida já tinha acontecido. Ela já sentia a perda iminente em seu corpo. Questionava, ninguém contava, ela já sabia. Apenas fui uma agente da realidade, do concreto, como se eu também precisasse ver e sentir que o bebê já não estava ali. Na UTIA, compadecimento e abertura de exceções que eu jamais tinha visto, mas depois que a morte invade o corpo, esse fica tutelado ao Estado, não há laço afetivo e de desejo que faça o encontro acontecer fisicamente, entretanto, a memória de vida pertence à mãe, única que sentiu e viveu intensas movimentações e sinalizações de vida do seu pequeno filho até o seu final.

(Fragmentos de diário de campo da autora, 2024).

A morte perinatal é um tema que reivindica delicadeza e empatia, principalmente no que se refere à atenção aos pais, visto a angustiante realidade de que sairão da maternidade sem o bebê, em um processo de luto diante da morte do recém-nascido e das expectativas e desejos envoltos anteriormente no processo de parentalidade (Salgado & Polido, 2018).

Na vinheta clínica apresentada, a morte se fez presente em uma perda gestacional por um acidente de trânsito. Ao longo de toda a hospitalização da mãe, mantive os atendimentos psicológicos a ela. Inicialmente, a paciente em estado gravíssimo, em estado confusional, sinalizava verbalmente sobre a morte do filho. Posteriormente, em um quadro estável de saúde e ciente da morte de seu bebê, pouco verbalizava sobre o filho ou o ocorrido. Quando em outro momento, finalmente pareceu entrar em contato com a perda do bebê, memórias de situações-limites foram narradas, como cena da perda, o movimento do filho na barriga e as dores que sentia, tanto físicas como emocionais. Ainda hospitalizada em uma UTIA, houve abertura de exceção pela equipe para a possibilidade de adentrarmos com o bebê até seu leito, entretanto, devido a impasses institucionais, esse encontro com o bebê que já estava no IML acabou se dando por meio de fotografia.

Os atendimentos à paciente possibilitaram a construção de uma narrativa acerca da maternidade e a manutenção desta pela via da memória do que foi vivido entre mãe e filho no período gestacional. Juntas, apostamos na palavra “morada”, nomeando a experiência de vida deste bebê pelo ventre da mãe, com cenas que contemplavam o binômio mãe-bebê. Essa mãe

não pôde ver pessoalmente e nem velar seu filho, desta forma, um ritual de despedida ocorria conforme a sustentação de um espaço seguro de narrativa acerca de seu luto.

A escassez de lembranças de alguém que já significava tanto para a família é outra dificuldade. O bebê não teve tempo - ou teve muito pouco tempo - para viver ao lado de sua família ou ser gestado por ela. Ao luto pela perda, soma-se o luto pelo que não foi vivido. Vive-se um luto por alguém muito amado, mas de quem se guardam poucas lembranças (Salgado & Polido, 2018).

Considero que os manejos ofertados para o atravessamento do luto com esta paciente estiveram na luz da relação que foi possível viver entre ela e o bebê, pois quem perde alguém, perde um laço — neste caso, uma parte de si — mas esse laço não é cortado pela morte, o enlaçamento permanece ali, em lágrimas, suspiros, sorrisos e em lembranças daquilo que existiu entre essas duas pessoas e continuará existindo na forma de história a ser lembrada, reverenciada e contada (Thebas & Amaral, 2022).

Por fim, a partir das vinhetas apresentadas, compreendo que a psicanálise na cena hospitalar vai além da interpretação do inconsciente reprimido, possibilitando a construção de um *setting* terapêutico que inspire segurança diante do caos ocasionado pelo adoecimento, hospitalização e luto, fornecendo um ambiente facilitador para que o paciente e sua rede de apoio possam narrar sobre as complexidades da existência atravessada pela doença.

3.3 AS UTIS E O GESTAR DE (RE)COMEÇOS OU FINITUDES

“O que há para ver? Um pequeno ser esquelético, pregado ao fundo de uma incubadora, espetado de sondas e de tubos, expressões de sofrimento a crispar regularmente os traços de seu rosto, mais parecido com o de um velho moribundo do que com o de um lactente.”

Catherine Mathelin (1999)

Conforme anteriormente exposto, meu objetivo inicial ao transitar entre UTIs Adulto e Neonatal, era estudar sobre o adoecimento e o luto, destacando possíveis diferenças e similaridades, entretanto, ao longo dos meses em que permaneci em tais campos, percebi que outros questionamentos e algumas elaborações a respeito me atravessaram.

Enquanto na UTI Neonatal contamos com incubadoras cumprindo a função de certa extensão do útero para continuidade de desenvolvimento dos bebês, me questionei o que em

contrapartida seria gerado no leito de uma UTI Adulto, já que ali também é fornecido ao paciente o suprimento de suas necessidades básicas. Portanto, nesta categoria entrelaço ambas as Unidades para tentar compreender a fragilidade e as possibilidades de destino do sujeito em passagem pelo leito hospitalar ou por uma incubadora.

O ambiente de uma UTI evidencia a aspereza da vida diante do sujeito que necessita sobreviver para retornar ao mundo. Um acidente, um adoecimento súbito, um nascimento permeado de complicações e que apresentam a luta pela vida. Em uma UTIA, há os sujeitos de corpos grandes carregados e inscritos de histórias e narrativas, mantidos por máquinas que visam manter a funcionalidade dos órgãos, sujeitos que às vezes não falam, que respiram sincronizados com a ventilação mecânica e a alimentação sendo ofertada por sondas ligadas diretamente aos órgãos.

Em relação à ambientação, ao entrar na UTIN nas primeiras vezes, tudo para mim era muito estranho: cheiro de bebê, a quantidade de bercinhos equipados com luzes azuis e dispositivos minúsculos. Os bercinhos protegidos por mantos que mantêm a privacidade daqueles que ali estão e minimizam estímulos visuais e sonoros, que podem ser dolorosos para os pequeninos que iniciam sua existência em leitos hospitalares, em oposição aos adultos e idosos que finalizam suas existências em leitos hospitalares. Na UTIA já não se via essa privacidade. O paciente estava desnudo, frágil e vulnerável, cercado por luzes e vozes intermitentes em seu leito. Além disso, o cheiro é marcante, em minha perspectiva se divide entre um cheiro de assepsia por produtos de limpeza e antibiótico líquido.

Os bebês oscilam em tamanho e peso, quietinhos e quentinhos. Quando o choro aparecia, me questionava se era algo da subjetividade daquele pequeno ser que se apresentava ou uma necessidade a ser atendida. Me via refletindo sobre qual demanda o choro do bebê se direcionava, se era um olhar que lhe oferecesse sustentação afetiva, uma fralda suja que o incomodava, fome, dores, o desejo de escutar uma voz familiar ou de ser embalado no colo aquecido da mãe ao invés de estar no leito monitorado.

Pela observação dos bebês hospitalizados na UTIN, pude também compreender os pacientes que se encontram na UTIA. Assim como a incubadora ou o berço aquecido tentam oferecer uma continuidade de vida para o bebê, o leito de uma UTIA também parece exercer a função de manter uma vida, embora não sem custo ou sofrimento. O corpo fragilizado enfrenta a perda da funcionalidade e necessita ser contido, segurado, cuidado, o corpo doente exige cuidados e alardeia sua dependência (Fonseca, 2009).

De acordo com Thebas e Amaral (2022), o bebê precisa deixar um útero ao qual já estava minimamente adaptado e, de repente, enfrenta o nascimento, com um mundo inteiro a ser descoberto, que o coloca frente a um desamparo primordial marcado pela dependência dos

cuidados de outrem. Posteriormente, o termo desamparo também representa a condição existencial de um ser vivo que está à mercê das inconstâncias e fragilidades do viver (Simonetti, 2018).

Para Fonseca (2009), o corpo de uma pessoa adoece e a faz reviver experiências primitivas, nas quais as sensações corporais se sobrepõem a qualquer outra. O sujeito adoece, então, em um estado de desamparo tangível, pois, além de depender absolutamente do cuidado de outros, enfrenta também a ausência de segurança existencial, como um bebê.

Winnicott (1970) enfatiza a dimensão de "*cuidar-curar*" no sentido de atender à dependência do paciente, permitindo-lhe experimentar a integração de uma nova realidade e de um novo corpo a partir do fornecimento de um ambiente seguro e confiável no qual o paciente possa expressar suas necessidades, explorar seu mundo interno e integrar suas experiências frente ao cenário de saúde-doença.

Cotidianamente, o corpo do paciente é invadido pela rotina hospitalar, que envolve agulhas, sondas, equipamentos, medicações, o ir e vir para realizar exames, entre outros, tornando-se importante realizar manejos não invasivos ao longo dos acompanhamentos psicológicos, se aproximando de uma função continente que Winnicott (1970) nomeia como "*holding*". Estes pacientes em estado de dependência e em processo de integração de uma nova realidade convocam um olhar atento, uma fala sensível, um gesto cuidadoso e, principalmente, o espaço da palavra, para que dentro de suas potencialidades apresentadas frente ao adoecimento, o paciente possa tecer novas significações e sentidos frente ao adoecimento e hospitalização.

O *holding* na UTIA situa-se na função de tornar-se continente às necessidades que o paciente apresenta ao longo de sua hospitalização, visto que a gravidade de seu quadro clínico repercute em importantes alterações orgânicas e psíquicas, fazendo-o reviver fenômenos de desamparo e a dependência. Na UTIN, a continência ocorre para o bebê e com os pais, para que estes possam tecer uma narrativa acerca do sujeito que ali se encontra na incubadora.

Por vezes, a função continente ocorre pela via da palavra, da corporeidade ou na realização de ações concretas, desta forma, acrescento que o compromisso da Psicologia nas UTIs oscila nas posições de "acompanhante", "testemunha" e "continente", ofertando espaço de escuta para que o paciente e seus familiares possam acessar novas formas de lidar com seus sofrimentos e direcionando-os a novos caminhos. Alguns precisam de fotografias, outros buscam rituais de despedida; há aqueles que desejam verbalizar sua angústia ou, ainda, aqueles que encontram conforto no silêncio de alguém que sustente o "estar junto". É nesse contexto que se gestam destinos possíveis em uma UTI.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao caminhar junto ao paciente e sua rede de apoio frente ao adoecimento, aparece a possibilidade de lançá-los para espaços distantes do desamparo discursivo. Ao apostar na clínica do singular operando a partir da palavra, apostamos na apropriação do paciente em torno de sua história, desejos e escolhas frente ao adoecimento. Como apontado ao longo deste trabalho, as UTIs são espaços em que a vida se defronta com as suas mais intensas fragilidades e limitações. Nesses ambientes, os pacientes e sua rede vincular enfrentam sofrimento, vulnerabilidade, confrontam-se com a iminência da perda e a finitude da vida.

O luto nesse contexto não se restringe apenas à morte concreta, pois engloba a perda de saúde, autonomia e de expectativas. Destarte, na dualidade vida-morte é possível verificar como a criticidade pode se dar desde o nascimento e as implicações psíquicas que tal cenário pode mobilizar, com perdas concretas e simbólicas. Arrisco uma metaforização de que uma UTI (tanto Adulto quanto Neonatal) opera gestando destinos, seja a vida ou seja a morte.

A compreensão das repercussões psíquicas do luto nessas UTIs torna-se essencial para a prática clínica hospitalar. Compreender mais profundamente as experiências de adoecimento e luto nesses contextos, resulta na possibilidade do desenvolvimento de práticas e políticas públicas que promovam uma assistência mais digna e compassiva para pacientes críticos e seus familiares. Conforme exposto, a escuta clínica em um hospital não visa necessariamente a adaptação ou a cura, mas o encontro do paciente com a sua dimensão subjetiva. Destaco que práticas autoritárias não possibilitam a escuta do paciente, sendo importante sustentar junto o não-saber, isto é, a ausência de respostas prontas diante da doença e de suas limitações, podendo desenvolver junto a ele narrativas sobre a experiência do adoecimento e da hospitalização, reconhecendo recursos e estratégias de enfrentamento.

Sustentar um paciente na cena hospitalar está para além de compreender o prognóstico que a doença produz e os seus efeitos subjacentes, mas também estar fisicamente e psiquicamente presente com o uso da voz, de gestos, olhares ou ações pontuais que o ampare, sendo necessário abarcar o desamparo e a dependência como atravessamentos presentes nos sujeitos neonatos, adultos ou idosos em UTIs.

Em meio a urgências e protocolos que visam à determinação de condutas que priorizam as causas orgânicas no ambiente hospitalar, a psicóloga vai de encontro à voz ou ao olhar do sujeito que habita o corpo sobre o leito, possibilitando que o paciente se manifeste, considerando que ele já está constituído como sujeito de diversas maneiras, e que nossa intervenção talvez facilite sua emergência. Destaco que o principal instrumento da psicóloga hospitalar é o corpo, corpo este que sustenta a clínica a partir de escuta ativa e cuidadosa e

presença suportiva, isto é, “uma clínica pela palavra, entre vários, em pé e olhando para o sujeito: assim é a clínica psicanalítica no hospital” (Simonetti, 2018, p. 15).

Considerando a relevância de nossa prática, destacamos a importância de compreender mais profundamente as experiências de adoecimento e luto em UTIs. Assim, este estudo busca ampliar o conhecimento teórico e clínico sobre esses fenômenos, fornecendo subsídios que podem enriquecer tanto a prática quanto a formação de outros profissionais atuantes em espaços hospitalares.

Por fim, diante dessas experiências e com auxílio do espaço de supervisões e da tutoria, pude compreender que a palavra enunciada é transformadora, ou melhor, *transforma-dor*, pois é a partir da abertura para a palavra e intervenções que se constrói novos sentidos e significações frente ao viver atravessado pelo adoecer ou pela morte. Compreendo a palavra e o manejo psicanalítico no hospital geral como componentes *transforma-dores* na cena hospitalar, pois, a clínica do singular perpassa pela escuta genuína e a presença suportiva para composição de um cuidado efetivo-afetivo.

5 REFERÊNCIAS

- Aguilar, H. C. (2018). Bebê prematuro: Pais e mães prematuros. In F. S. R. Almendra (Ed.), *Psicologia em unidade de terapia intensiva: Intervenções em situações de urgência subjetiva* (pp. 3-12). São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu.
- Almendra, F. S. R. (2018). *Psicologia em unidade de terapia intensiva: Intervenções em situações de urgência subjetiva*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Almendra, F. S. R., et al. (2018). Considerações sobre o atendimento da psicologia no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. In F. S. R. Almendra (Ed.), *Psicologia em unidade de terapia intensiva: Intervenções em situações de urgência subjetiva* (pp. 3-12). São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu.
- Ariès, P. (1989). *Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema.
- Berlinck, M. T. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Brum, E. (2016). *A vida que ninguém vê*. Porto Alegre: Arquipélago Editorial.
- Brasil. (2016). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 24 maio 2016. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoED2403>.
- Chrisóstomo, M., et al. (2018). A pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais: Algumas considerações. *Psicologia em Revista*, 24(2), 645-660.
- Cosmo, M., Morsch, D., Goiabeira, F., Genaro, L., Aragão, P., Kitajima, K., ... & Marca, J. (2014). O paciente em unidade de terapia intensiva-Critérios e rotinas de atendimento psicológico. *Psicologia em unidade de terapia intensiva-Critérios e rotinas de atendimento*, 1-21.
- Dalgalarrodo, P. (2000). O juízo de realidade e suas alterações (o delírio). In *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (pp. 132-141). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Diniz, M. (2011). O método clínico e sua utilização na pesquisa. *Revista Espaço Acadêmico*, 10(120), 9-21. Recuperado de <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/13029>
- Favarin, S. S., & Camponogara, S. (2012). Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(2), 320-329.
- Flanzer, S. N. (2009). Pela transitoriedade (a temporalidade da psicanálise e sua relação com a feminilidade). *Aletheia*, (29), 142-150.
- Fonseca, L. B. D. (2009). Teoria winnicottiana do amadurecimento e da regressão para a compreensão do paciente hospitalizado regredido. (Tese de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo).
- Franco, M. H. P. (2021). *O luto no século 21: Uma compreensão abrangente do fenômeno*. São Paulo: Summus Editorial.

- Freud, S. (2010). *Luto e melancolia*. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2014). *Sobre a transitoriedade [1916]*. In *Obras completas* (Vol. 12, pp. 185–190). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1914–1916)
- Freud, S. (2018). Construções na análise. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, Trad., Vol. 19, pp. 327-344). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937).
- Gomes, R. T. A., Pereira, V. A., & Rodrigues, O. M. P. R. (2021). Sentimentos e percepções maternas sobre a internação de bebês pré-termo e a termo: Estudo comparativo. *Contextos Clínicos*, 14(1), 26-48.
- Granato, T. M. M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativa interativa e psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16, 149-155.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Agora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6, 115-138.
- Jaffe, N. (2021). *Lili: Novela de um luto*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Krebs, V. A., da Silva, M. R., & Bellotto, P. C. B. (2021). Síndrome de HELLP e mortalidade materna: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 6297-6311.
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lameira, V. M., da Silva Costa, M. C., & de Miranda Rodrigues, S. (2017). Fundamentos metodológicos da pesquisa teórica em psicanálise. *Revista Subjetividades*, 17(1), 68-78.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lopes, C. M. B., & Pinheiro, N. N. B. (2013). Notas sobre algumas implicações psíquicas da desconstrução da maternidade no processo de luto: Um caso de nascimento-morte. *Estilos da Clínica*, 18(2), 358-371.
- Lourenço, C. B., & Henrique, T. C. (2018). Psicólogo em equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva adulto. In M. N. Baptista, R. R. Dias, & A. S. D. Baptista (Orgs.), *Psicologia hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 211–222). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Martins, F. (1994). O que é pathos? In *Psicopatologia I - Fundamentos* (pp. 2-17). Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Monteiro, M. C. (2015). *No palco da vida, a morte em cena: As repercussões da terminalidade em UTI para a família e para a equipe médica* (Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).

Moreira, M. E. L., Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003). *Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Mussi, R. F. D. F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. D. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista Práxis Educacional*, 17(48), 60-77.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta* (Vol. 56). São Paulo: Summus Editorial.

Resende, T. I. M., & Branco Filho, J. C. C. (2004). A patologia como possibilidade estruturante do sujeito: Uma releitura da questão phática. *Universitas: Ciências da Saúde*, 2(1), 91–99.

Salgado, H. O., & Polido, C. A. (2018). *Como lidar com o luto perinatal: Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal*. São Paulo: Livros.

Saito, D. Y. T., Zoboli, E. L. C. P., Schveitzer, M. C., & Maeda, S. T. (2013). Usuário, cliente ou paciente?: Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22, 175-183.

Silva, A. S. A. F. (2023). Quando a morte atravessa a vida em seus primórdios. *Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 38(1 e 2), 165-184.

Simonetti, A. (2011). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Simonetti, A. (2018). *A cena hospitalar: Psicologia médica e psicanálise*. Belo Horizonte: Artesã.

Thebas, C., & Amaral, A. C. (2022). *De mãos dadas: Um palhaço e um psicólogo conversam sobre a coragem de viver o luto e as belezas que nascem da despedida*. São Paulo: Paidós.

Tavares, L. A. T., & Hashimoto, F. (2013). A pesquisa teórica em psicanálise: Das suas condições e possibilidades. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 166-178.

Winnicott, D. W. (1970). A cura. In *Tudo começa em casa* (pp. 87-93).