

Na fronteira da psicanálise: a dimensão intersubjetiva do cuidado ao bebê no contexto de internações prolongadas e condições crônicas de saúde

On the border of psychoanalysis: the intersubjective dimension of care for the baby in the context of prolonged hospitalization and chronic illness

En la frontera del psicoanálisis: la dimensión intersubjetiva del cuidado para el bebé en el contexto de una hospitalización prolongada y las condiciones de salud crónicas

*Natalia Vodopives Pfeil**
*Creuza da Silva Azevedo***

Resumo

O presente estudo teve como objetivo compreender a dimensão intersubjetiva do cuidado ao paciente pediátrico no contexto de internações prolongadas e adoecimento crônico. Trata-se de um estudo clínico-qualitativo realizado em uma unidade pediátrica de cuidados semi-intensivos de um hospital público materno-infantil no Rio de Janeiro. As técnicas de pesquisa adotadas foram observação participante e entrevistas tendo sido realizadas entre junho e outubro de 2015. Os pacientes observados tinham entre quatro meses e dois anos de idade com pelo menos quatro meses de tempo de internação. Foram

* Psicóloga Clínica, Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: nataliapfeil@gmail.com

** Psicóloga, mestrado em Saúde Coletiva pela UERJ (1994) e doutorado em Psicologia pela USP (2005). Pesquisadora do Departamento de Administração de Planejamento em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz. E-mail: creuzadasilvaazevedo@gmail.com

entrevistados 15 profissionais de saúde, sendo oito médicos, quatro enfermeiros e três técnicos de enfermagem. A análise das entrevistas foi realizada a partir das contribuições da abordagem clínica psicossociológica e da psicanálise. Para expressar a complexidade que envolve a prática em questão, optamos por relatar algumas cenas da rotina observadas no decorrer da pesquisa. Concluiu-se que o cuidado em questão, implica não só um conhecimento técnico, mas também uma disponibilidade emocional para atender às demandas emocionais dos bebês e suas famílias. Por fim, embora haja um esforço humano e tecnológico em reparar as condições de adoecimento e sofrimento dos bebês, o contexto em si, possui um potencial traumático para os bebês e seus cuidadores.

Palavras Chave: Subjetividade, cuidado em saúde, pediatria, adoecimento crônico.

Abstract

This study aims to understand the inter-subjective dimension of care for pediatric patients in the context of prolonged hospitalization and chronic illness. It is a clinical-qualitative study in the semi intensive care ward of the pediatric unit at a maternity and children's public hospital in Rio de Janeiro. The research techniques used were participant observation and interviews. The age of the patients under observation was between four months and two years old. Fifteen health professionals were interviewed, including eight doctors, four nurses and three nursing technicians. The data analysis was performed based on the contributions of the psychosocial clinical approach. To express the complexity that involves the practice in question, we chose to report some routine scenes observed during the research. It was concluded that the care in question involves not only technical knowledge, but also an emotional availability to meet the emotional needs of babies and their families. Finally, although there is a human and technological effort to heal and mitigate the conditions of illness and suffering of babies, the context itself is potentially traumatic for babies and their caregivers.

Key-words: Subjectivity, health care, pediatrics, chronic illness

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo comprender la dimensión intersubjetiva del cuidado al paciente pediátrico en el contexto de una hospitalización prolongada y enfermedad crónica. Se trata de un estudio clínico-cualitativo en una unidad pediátrica de cuidados semi-intensivos de un hospital público materno infantil en Río de Janeiro. Las técnicas de investigación utilizadas fueron la observación participante y las entrevistas, las cuales fueron realizadas entre junio y octubre del 2015. Los pacientes observados tenían entre cuatro meses y dos años de edad y llevaban como mínimo cuatro meses internados. Fueron entrevistados quince profesionales de la salud, siendo ocho médicos, cuatro

enfermeras y tres técnicos de enfermería. El análisis de las entrevistas se realizó a partir de las contribuciones del enfoque clínico psicosocial y el psicoanálisis. Para relatar la complejidad que implica esta práctica, se optó por informar de algunas escenas de la rutina observadas durante la investigación. Se concluyó que el cuidado en sí, implica no solo un conocimiento técnico, sino también una disponibilidad emocional para atender las demandas emocionales de los bebés y sus familiares. Finalmente, a pesar de que hay un esfuerzo humano y tecnológico para reparar las condiciones de la enfermedad y el sufrimiento de los bebés, el contexto en sí tiene un potencial traumático para los bebés y sus cuidadores.

Palabras clave: *subjetividad, la atención de la salud, pediatría, enfermedades crónicas.*

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, o avanço da tecnologia tem possibilitado a sobrevivência de bebês que em outros tempos morreriam logo depois do nascimento, em decorrência de malformações congênitas, síndromes genéticas raras e/ou prematuridade extrema. O novo cenário estabelecido no campo da saúde da criança provocou o surgimento de um campo específico da pesquisa biomédica, consequência de um processo de transição epidemiológica e demográfica, ocorrido ao longo do último século. Inicialmente, nos países desenvolvidos, a melhoria das condições sociais, levando à diminuição das taxas de mortalidade infantil, entre outros aspectos, determinou um novo padrão de saúde-doença, no qual as taxas de enfermidade agudas e infecciosas foram suplantadas em termos de prevalência por moléstias crônicas e degenerativas (Moreira & Goldani, 2010). A condição crônica em saúde consiste em problemas que demandam tratamento contínuo, de longa duração, exigindo cuidados permanentes (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Os cuidados iniciais ao bebê com alguma condição crônica de saúde envolvem necessariamente intervenções tecnológicas e médicas compondo uma cena de cuidados complexa demandando a atuação de uma equipe multiprofissional. Muitas vezes, pela dependência tecnológica e por questões clínicas que exigem a internação hospitalar, o desenrolar dos primeiros meses, ou até anos de vida do paciente ocorre no cenário hospitalar, desse

modo a internação não seria um evento pontual, mas se apresenta como o ambiente de cuidados onde o desenvolvimento do bebê ocorre em um momento fundamental da vida da constituição do psiquismo.

Essa particularidade da contemporaneidade, se por um lado se apresenta como uma avanço nas possibilidades terapêuticas, por outro coloca os profissionais de saúde em contato com ressonâncias psíquicas próprias às dimensões éticas e alteritárias envolvidas no cuidado ao bebê e seus familiares.

Nesse contexto, devemos considerar a extrema dificuldade para os profissionais de saúde que cuidam de um bebê gravemente enfermo, pois sem deixar de levar em conta os cuidados e os tratamentos indispensáveis à sobrevivência do bebê, devem levar em conta igualmente seu sofrimento, o que o bebê tenta lhes dizer. Assim, a comunicação com o bebê ocorre a partir da atribuição de sentido à sua linguagem corporal, que demanda um deciframento não só do saber médico, mas também da sua capacidade de sintonização com as necessidades físicas e emocionais do bebê de outra ordem que unicamente mecânica. (Mathelin, 1999).

Figueiredo (2009) busca através da sistematização das contribuições da psicanálise pensar uma teoria geral do cuidado que seja aplicada a outros campos de conhecimento, como a educação e a saúde. O autor afirma que podemos identificar duas dimensões que estão ligadas ao fazer dos agentes de cuidados, as funções de *holding e handling* em Winnicott e de *contínua* em Bion que nos proporcionam as experiências de transformação. Os profissionais de saúde estão acostumados a reconhecer a sua prática de trabalho pelo seu fazer, pelas ações, que estão ligadas à realização de procedimentos biomédicos. Por outro lado, também haveria o exercício de funções ligadas a uma *presença em reserva*, ao deixar fazer, colocando o agente de cuidados em presença em reserva, em suas funções de reconhecer as leis e os limites.

Winnicott (1989) apresenta uma teoria do cuidado ao bebê explorando a relação complexa entre o bebê, o ambiente de cuidados e os processos de maturação, integrando o desenvolvimento emocional do indivíduo às experiências de cuidados corporais. Nas palavras do autor:

O indivíduo herda um processo de amadurecimento que o faz progredir na medida em que exista um meio ambiente facilitador e somente na medida em que este exista. O meio ambiente facilitador é, ele próprio, um fenômeno complexo e necessita de um estudo especial por seu próprio direito: o aspecto essencial é que ele esteja atento às necessidades mutantes do indivíduo em crescimento. O indivíduo progride da dependência absoluta para a independência relativa e no sentido da independência. Na saúde, o desenvolvimento se dá em um ritmo que não sobrepuja o desenvolvimento da complexidade nos mecanismos mentais, achando-se ligado ao desenvolvimento neurofisiológico. O meio ambiente pode ser descrito como sustentação (*holding*), evoluindo para o manejo (*handling*), ao qual se acrescenta a apresentação de objeto (*object-presenting*) (Winnicott, 1989, p. 72).

Os cuidados com as crianças giram em torno do termo *holding* que implica em um ambiente saudável e suficientemente bom que possua algumas qualidades que permitam ao bebê se sentir seguro e amparado. Winnicott atribui este conceito uma multiplicidade de significações e sentidos que envolvem os cuidados iniciais que possibilitariam a integração de experiências corporais e psíquicas vividas pelo bebê, tais como: conter, garantir, tranquilizar, serenar, não se desfazer de, garantir e apoiar (Winnicott, 1988/2006). O bebê encontra-se em um estado de dependência do ambiente de cuidados, manifesto através das necessidades físicas e psíquicas que envolvem uma sensibilidade corporal, tato, cheiro, sons e sensações (Winnicott, 1988/2006). Para se pensar o conceito de *holding*, Winnicott (1988/2006) diz que o termo pode incluir tanto a função do grupo familiar, como incluir também os atos de cuidado desempenhado pelas profissões que se ocupam das crianças.

Golse (2003) enfatiza a necessidade de atenção psíquica do bebê, que o bebê tem necessidade de alguém que o escute no mais profundo de si, não apenas distraidamente, assim o bebê teria necessidade que o cuidador receba o que emana dele, de recebê-lo por todos os sentidos (Golse, 2003).

A comunicação e o funcionamento arcaico do bebê tem como corolário obrigatório uma mudança do funcionamento psíquico e físico do cuidador (Guerra, 2013).

Essa compreensão traz à tona a problemática das ressonâncias psíquicas que cuidar de um bebê pode provocar naquele que dele se ocupa,

trazendo a discussão da parentalidade para além da dupla mãe-bebê, pensando a dimensão intersubjetiva entre os bebês e os profissionais de saúde. Entre as ressonâncias psíquicas que o acesso a dimensão infantil pode ter, ressaltamos uma abertura para as experiências de mutualidade, a partir de uma sintonização afetiva (Stern, 1997) que advém de uma experiência de desamparo inicial em comum. “Uma grande parte da clínica com o bebê está inscrita em nós, sobre o que o bebê reativa em nós, o bebê que fomos” (Golse, 2003, p. 21). Desse modo, vemos que cuidar de crianças, seja no lugar de pais, professores, ou profissionais de saúde pode implicar em entrar em contato com questões muito primitivas da experiência de cuidado de cada um (Golse, 2003; Guerra, 2013; Zornig, 2000).

Golse (2003) enfatiza que a possibilidade de cada um se conectar afetivamente com o bebê e se ocupar dele, estando atento às suas necessidades, advém de uma fragilidade emocional, o que pode gerar sofrimento para os cuidadores, em especial em situações onde os bebês encontram-se doentes, como nos hospitais.

Se a mutualidade dos cuidados dependeria da capacidade de cada um se conectar emocionalmente com os bebês a partir de uma fragilidade emocional, representando uma abertura para alteridade, esta pode ser articulada com o conceito de empatia (*emföhlung*) de Ferenczi (1928/1992), que envolve a capacidade de *sentir com*. Albert Ciccone (2015), sugeriu a utilização do termo “*preocupação cuidadora primária*”, para se pensar o lugar que o cuidador ocupa quando cuida de bebês, em analogia ao conceito de *preocupação materna primária* de Winnicott (1956/2000). Desse modo, não se trataria de ocupar o lugar da sua mãe e ou do pai, mas de desempenhar a função de se identificar e atender às necessidades do bebê.

Esse artigo é fruto de uma pesquisa de mestrado que procurou investigar a dimensão sensível do cuidado ao paciente pediátrico no contexto hospitalar buscando explorar a luz da perspectiva psicanalítica, as possíveis funções intersubjetivas de cuidado exercidas pelos profissionais de saúde, assim como as possibilidades do ambiente de cuidados se apresentar de forma suficientemente boa favorecendo o desenvolvimento do indivíduo.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este artigo apresenta parte dos resultados realizado na pesquisa do Mestrado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. A pesquisa ocorreu em uma unidade intermediária, portanto de cuidados semi-intensivos, de pacientes pediátricos em um hospital público materno-infantil no município do Rio de Janeiro. Este hospital é referência nacional para tratamento de síndromes genéticas raras e malformações fetais, não sendo incomum as crianças terem uma história de internações prolongadas. Os sujeitos de pesquisa foram quinze profissionais de saúde que atuam diretamente no cuidado à criança internada. Entrevistamos oito médicos, quatro enfermeiros e três técnicos de enfermagem, incluindo-se diaristas e plantonistas.

As técnicas de pesquisa adotadas foram observação participante e entrevistas. Adotamos o critério de saturação, um dos critérios empregados em pesquisas clínico-qualitativas (Turato, 2003) para determinar a quantidade de sujeitos entrevistados. A análise das entrevistas foi realizada a partir das contribuições da abordagem clínica psicossociológica que valoriza produção de sentidos dos sujeitos, a implicação subjetivado pesquisador como instrumento de análise, a compreensão em profundidade da realidade estudada e a singularidade da experiência cotidiana (Levy, 2001; Sá & Azevedo, 2015).

Os temas centrais que balizaram as entrevistas individuais foram a experiência do profissional no cuidado ao paciente pediátrico, os momentos críticos que marcaram positivamente a prática, os sentimentos e reflexões em torno do cuidado ao paciente pediátrico. A Observação Participante se apresentou como uma estratégia essencial de análise por permitir ao observador-pesquisador fazer parte do contexto (Minayo, 2006). Os bebês observados e referidos nesse artigo tinham entre quatro meses e dois anos de idade estando internados desde o seu nascimento. Ao longo dos cinco meses de observação participante, a pesquisadora esteve presente nas em diferentes momentos da rotina, como os banhos, as passagens de medicação, passagem de dieta, avaliação de sinais vitais, aspiração das vias aéreas, entre outros.

Com a finalidade de especificar melhor o perfil dos pacientes observados, realizaremos uma breve descrição de três pacientes que estiveram internados no decorrer dos cinco meses de observação participante. Manuela era um bebê conhecido por todos como choroso e estressado, chegou na unidade com quatro meses de idade transferida da UTINeonatal, diagnosticada com fibrose cística (doença genética), tinha um desconforto respiratório importante, sendo dependente de ventilação mecânica e de um trabalho intenso da fisioterapia para realizar o “desmame respiratório”. Por conta do seu baixo peso, ao longo da internação foi realizado uma gastrostomia.¹

Patrícia era conhecida na unidade por sua simpatia e vinha surpreendendo a equipe positivamente com o seu desenvolvimento. Veio encaminhada da UTINeonatal com seis meses de vida, estando internada desde o seu nascimento. Patrícia foi diagnosticada ao longo do pré-natal com onfalocèle sendo uma gestação de alto risco fetal. Esta é uma malformação da parede abdominal em que os órgãos, localizados dentro do corpo, ficam para fora do abdômen em uma espécie de bolsa transparente, decorrente de um problema no desenvolvimento dos músculos abdominais. Apesar da grave malformação, ela possuía uma boa interação com as pessoas, demonstrando ter a parte cognitiva preservada.

João estava com um ano e nove meses de vida no início da observação. Veio encaminhado de um hospital particular, chegando na unidade, com oito meses, desnutrido e malcuidado, de acordo com os relatos dos profissionais. Em decorrência de uma parada cardiorrespiratória após uma cirurgia realizada em outro hospital foi diagnosticado com microcefalia. João estava sendo acompanhado pelo grupo de cuidados paliativos e a equipe encontrava-se em processo de alta hospitalar condicionada a continuidade de cuidados com o atendimento domiciliar.

1 Formação cirúrgica de fístula gástrica para introdução de alimentos ou esvaziamento do estômago.

A ESTÉTICA DO CUIDADO: POLISSENSORIALIDADE, COMUNICAÇÃO PRIMITIVA E LÍNGUA INTERSUBJETIVA

Cuidar de bebês, especialmente no contexto estudado, implicaria, em alguns momentos, se deparar com questões semelhantes às vividas pelos pais ao cuidar dos seus filhos, o contato com o infantil, com o desamparo primordial (Zornig, 2000), mas com a especificidade de serem bebês em situações de vulnerabilidade corporal e psíquica. A partir das entrevistas com os profissionais de saúde evidenciou-se, como no cotidiano da unidade, haveria além de uma demanda de especialização técnica, o contato com a dimensão intersubjetiva e sensível do cuidado, envolvendo sujeitos e implicando conforme a compreensão de Sá & Azevedo (2015) sobre o trabalho em saúde, uma exigência de trabalho psíquico.

Guerra (2013) se apropria do termo estética para pensar a experiência de um bebê, pois a estética designa a ciência dos sentidos, das sensações que provem do grego *aisthesis* que significa percepção e se relaciona com as experiências corpo - sensoriais, que se ancoram num sistema de comunicação não verbal. O bebê tem a capacidade de captar os diferentes tons emocionais do contato com o outro, assim como é sensível à presença de cheiros, sons, cores, formas que se tornam parte do ambiente que o estrutura (Guerra, 2013).

Guerra (2013) nos diz que o ritmo da mãe organiza as polissensorialidades do bebê, tarefa difícil e fundamental na intersubjetividade. O bebê adentra na linguagem através da música da voz, o que permite ao bebê organizar os seus diferentes fluxos sensoriais através de uma compatibilidade rítmica que permitiria uma sensação de continuidade psíquica. Vemos então, a expressão do que o autor chama de *língua intersubjetiva*, língua que se expressa no início da vida através da comunicação não verbal, que inclui não apenas o conteúdo verbal da mensagem, mas ainda suas envolturas, a prosódia, o ritmo, o tom da voz, o rosto e o olhar como espelho.

Ao refletirmos sobre a língua intersubjetiva nos bebês no cenário estudado, é importante destacar que o fato dos bebês serem traqueostomizados gera algumas particularidades. O corpo ganha uma expressão, e a possibilidade do cuidador reconhecer a enunciação de algo que se diz e que

demanda uma decifração, se apresenta como fundamental. Haveria uma espécie de sinestesia na comunicação em uma comunicação complexa e sensível, envolvendo todos os sentidos e a sensibilidade do cuidador.

As entrevistas expressaram como a comunicação com o bebê tem como base a leitura corporal e dos sinais apresentados pelos aparatos tecnológicos acoplados ao seu corpo, seja pelo acesso ao monitor que controla o seu batimento cardíaco e saturação do oxigênio, seja pela expressão corporal do bebê, conforme expressa a fala de uma enfermeira, a seguir:

O meu trabalho é chegar, examinar as crianças, avaliar e interferir. Falando assim, parece algo robótico, mecânico, mas não é. São crianças, a gente se apega bastante. Por exemplo, o João, não interage, mas ele da forma dele, consegue sinalizar que não está bem. Ele naturalmente, faz uns abalos, hoje ele estava fazendo um pouco mais grosseiro, mas quando a gente foi ver, eu pensei, ele deve estar com dor de barriga, e logo depois ele evacuou. (Hélida, enfermeira).

Nesta fala aparece a possibilidade de singularização, abre-se a dimensão da alteridade, o desafio dos cuidadores escutarem o corpo que pulsa, a expressão de uma linguagem corporal.

Muitas vezes, pude perceber, tanto no relato, como na observação participante, como os pais desempenham a função de mediar a comunicação do bebê com os profissionais de saúde, nomeando e reconhecendo as necessidades dos seus filhos, conforme relato no diário de campo:

O pai de João chegou e lavou as mãos, se aproximou do berço e beijou ele, tocou a sua mão, beijou a sua cabeça, fiquei muito impactada com a presença dele. No momento em que o pai o tocava e lhe beijava, eu passei e o pai preocupado me disse “ ele está tendo uns espasmos “ eu perguntei se ele queria que eu chamasse a enfermeira e ele disse que sim. A enfermeira disse que devia ser a posição e tratou de aspirar ele (Diário de Campo).

As entrevistas também expressaram o desafio em não interpretar toda a expressão corporal como uma alteração clínica que demanda uma intervenção médica, mas como uma comunicação, a partir da possibilidade

de atribuir outros sentidos para as alterações clínicas, que não seja apenas a biomédica, o que demanda que os profissionais assumam a presença em reserva referida por Figueiredo (2009).

A partir da ideia de narratividade e atenção psíquica discutidas por Golse (2003), percebemos que para desempenharem estas funções, os profissionais necessitam ter uma disponibilidade emocional para se conectar afetivamente. O cuidado envolve o desenvolvimento de uma comunicação sensorial bastante refinada. Não era raro, os próprios enfermeiros se referirem aos bebês falando que se sentem como se eles fossem seus filhos ou alguém parte da família, demonstrando uma predileção, percebida no momento da escolha de quem vai dar o banho em quem, o que pode revelar uma confusão inconsciente vivida pelos profissionais em relação ao seu lugar nesta relação, conforme expressam as falas a seguir:

Eu acho que a equipe se torna a família do paciente, quem é a família das crianças, são as pessoas que convivem com ela diariamente, que tem convivência diária e cuida dela, então com quem ela tem convivência? Com a mãe e os profissionais de saúde. Muitas vezes, eles veem muito mais os profissionais que os familiares deles (Silvia, médica).

Surge então, o imaginário da equipe como família do paciente, pois muitas vezes o tempo de internação possibilita o acompanhamento do desenvolvimento da criança, o seu crescimento, o que muitas vezes é marcado pela mudança do berço para a cama maior, as festas de aniversário, que se apresentam como marcadores da passagem do tempo. Na unidade não é raro os profissionais trazerem presentes para os pacientes, roupas de doação, o que podemos compreender como um esforço dos profissionais em repararem ou amenizarem a condição de desamparo vivida pelos bebês.

Apesar de ser uma prática comum na pediatria, dos profissionais se referirem a alguns pacientes como filhos, o que pode ser pensado como uma expressão de relações afetuosas entre o cuidador e o bebê, nos questionamos se em algumas situações, tais práticas não poderiam expressar um excesso de zelo, ao que Figueiredo (2014) chama de extravios e excessos nas funções de cuidado, representando um exercício das funções cuidadoras sem moderação ou limite.

O CORPO E SEUS ACESSÓRIOS TECNOLÓGICOS

Os acessórios tecnológicos, os tubos respiratórios, fios, ostomias, como próteses, se apresentam como fundamentais para garantir a continuidade da vida dos bebês. Os profissionais de saúde expressaram nas entrevistas perceberem que, ao tocar o corpo da criança, haveria uma sensibilidade maior nas zonas corporais que já foram objeto de intervenções médicas, conforme expressam os relatos de um médico e uma enfermeira a seguir:

Não acho que o toque seja agradável para a criança. Existe uma memória de que o toque é ruim. Você vai dar um toque, mexer na traqueostomia, para ela é ruim. (Pedro, médico).

Podemos supor, que os procedimentos médicos e as tecnologias produzem um efeito psíquico na sua forma de sentir o seu corpo, uma memória corporal, e um possível registro de um ambiente intrusivo, remetendo os bebês a experiências de desilusão, descontinuidade, disritmia. Se por um lado, a tecnologia se apresenta como algo que pode produzir dor, ao invadir o corpo do bebê, por outro, a tecnologia exerce uma função de regulação, favorecendo o equilíbrio então perdido em decorrência da doença ou da malformação. Assim, na função de regulação a tecnologia garantiria a sobrevivência, como é o caso da ventilação mecânica.

O procedimento de aspirar ilustra bem a relação complexa que envolve as experiências sensoriais vividas no ambiente de cuidados hospitalar. Uma vez que a criança sente falta de ar pelo excesso de secreção nas vias respiratórias, haveria uma queda na saturação de oxigênio, identificada pelo monitor que sinalizaria para os técnicos de enfermagem ao apitar. Nesse momento, podemos supor que a criança sentiria falta de ar, uma sensação de perigo ou até mesmo iminência de morte. O ato de aspirar a criança, ao mesmo tempo em que poderia produzir um desconforto, pelo instrumento que adentra as vias aéreas e invade o corpo, por outro, produziria um alívio na criança, em poder respirar novamente.

As entrevistas indicam que haveria um excesso de manipulação do corpo do bebê, em especial no momento de aspirar e nebulizar, que embora

intrusivos, se apresentam como necessários. Assim, parece importante marcar que os procedimentos biomédicos seguidamente empregados nos bebês figuram simultaneamente como invasivos e restauradores, funcionando até mesmo como próteses que restabelecem o ritmo da vida e cumprem funções psicossomáticas de regulação e restabelecimento de ritmos orgânicos e psíquicos compatíveis com o viver (Figueiredo, 2014).

Para compreender a complexa dinâmica do trabalho estudado recorreremos também à noção de paradoxo desenvolvida por Donald Winnicott. A ideia do paradoxo aponta a existência de um *ponto* de contato entre os pensamentos contraditórios, tido então como um lugar de potência, no qual sentidos opostos podem coexistir, produzindo um sentido *fora do comum*, o qual causa perplexidade (Outeiral, 2006). Figueiredo (2009) ilustra a noção de paradoxo através do que Winnicott denominou de objeto transicional, compreendido como um espaço potencial de articulação entre a mãe e seu bebê, de criatividade e desenvolvimento subjetivo, exercendo tal espaço simultaneamente funções de separação e união.

Partimos da compreensão que processos paradoxais são inerentes à experiência de adoecimento e de cuidado, uma vez que o corpo apresenta limites em relação as suas possibilidades de autorregulação e de manter um equilíbrio, assim, o emprego da tecnologia se apresenta como uma forma de proporcionar esse equilíbrio. O suporte à respiração por ventilação mecânica é uma situação exemplar.

Nas narrativas dos profissionais, assim como no diário de campo, há relatos que expressam o movimento das crianças em descobrirem o seu corpo, como quem descobre uma mão, mas também descobre um tubo respiratório, uma traqueostomia, assim como experimentam os instrumentos médicos, as luvas, os estetoscópios, que terminam por ganhar uma função de brinquedo, conforme o expressa o relato a seguir:

O legal é que às vezes a gente só valoriza a deficiência, mas você dá um brinquedo para ela e ela brinca. Às vezes ela prefere segurar a seringa que o brinquedo. Às vezes quando você descobre a mão, e descobre a traqueostomia, é o corpo e os acessórios (Sandra, médica).

Assim, nos defrontamos com o paradoxo que o adoecimento revela. Lidamos ao mesmo tempo com a capacidade e busca do bebê para superar, e caminhar em direção a vida, tentando até mesmo integrar em sua experiência os instrumentos tecnológicos, mas também, lidamos com o limite da tecnologia em sua capacidade de restaurar este equilíbrio perdido com a doença. O pensamento do paradoxo também nos apoia na compreensão da do que se passa afetivamente com profissionais em seu trabalho. Os profissionais de saúde ora expressam nas entrevistas um sentimento de esperança e uma crença no potencial do desenvolvimento do bebê, ora expressam um sentimento de desesperança diante da impossibilidade de cura.

CENAS DO CUIDADO: PRÁTICAS E PARADOXOS

Em relação às práticas, o pensamento do paradoxo nos apoia na tarefa de compreender os diferentes sentidos, afetos, pensamentos e ações possivelmente conflitantes que envolvem a cena do cuidado. Neste caminho, buscamos então, romper com a ideia comum de que para se melhorar a qualidade do cuidado, bastariam ações educativas de humanização que conscientizassem o profissional dos benefícios do estabelecimento de um bom vínculo e de ações solidárias, uma vez que o cuidado também envolve os limites e defesas psíquicas daquele que cuida. Reconhecemos então a singularidade e complexidade de cada encontro, na sua dimensão inconsciente, imaginária, simbólica, individual e grupal, em especial no contexto estudado, por incluir questões tão profundas da natureza humana presentes no cuidado de um bebê em situações de fragilidade e adoecimento.

Nesse contexto, nos interrogamos sobre as possibilidades do bebê integrar experiências de dor e prazer, descontinuidades e disritmias, em um ambiente de cuidados que como na composição de um mosaico, possui diferentes cenas, de sustentação e continência, mas também compõe outras com um potencial desorganizador e intrusivo, podendo remeter o bebê às experiências de agonias primitivas e medo do colapso referidas por Winnicott (1989). O autor descreve o colapso como o fracasso de uma organização defensiva, assim, o ego organiza defesas contra a ameaça de colapso da organização do ego. No entanto, nos estágios iniciais, quando o

bebê se encontra em um estado de dependência aos cuidados ambientais, ainda não haveria uma organização defensiva organizada para se proteger dos fracassos ambientais.

Empregando o recurso do paradoxo podemos compreender então que, para o cuidado em saúde a racionalização e a prescrição do processo de trabalho, embora fundamentais, não deixam de demandar, nem dispensam a contribuição subjetiva e o caráter criativo da ação do trabalhador (Pereira, 2016).

Com a finalidade de retratar a dimensão paradoxal e complexa dos processos intersubjetivos do cuidado, em um ambiente que pode mostrar-se bom, mas também intrusivo, descreverei algumas cenas que foram observadas ao longo da pesquisa no cotidiano da unidade.

a) Cena do procedimento: os bebês como sujeito e objeto

Ao longo da observação participante, foi possível presenciar a realização de procedimentos corriqueiros, como o ato de aspirar, realizar nebulizações ou avaliações clínicas em que pude perceber que o profissional intervinha, ao mesmo tempo em que se comunicava com os colegas de trabalho de forma descontraída. Por outro lado, pude observar a realização de procedimentos que os profissionais demonstravam uma atenção maior, dentre os quais identifiquei a realização da punção venosa, passagem de sonda, a inserção de cateter intravenoso muscular (PICC). A seguir, relato um fragmento do diário de campo referente à cena de realização da inserção de cateter intravenoso muscular:

O bebê chora quando a enfermeira pega o seu braço e esfrega com a esponja para realizar a punção venosa. Outra enfermeira se dedica a conter o bebê, mas ninguém fala com ele. O bebê chora. Passam sedação, mas não adianta. O bebê continua a chorar. “Nem a sedação acalma essa menina, ela é danada”, diz uma enfermeira. Seu corpo está todo coberto, inclusive o seu rosto, estando visível somente o lugar da intervenção através de um corte em um tecido asséptico azul. O bebê chora, grita e esperneia (Diário de campo).

Esta cena nos remeteu aos limites dos profissionais em amparar o bebê emocionalmente no momento da realização de um procedimento

invasivo, experiência que possui um potencial traumático e desorganizador para o bebê. Parece que haveria uma dissociação em relação ao bebê sujeito e o bebê objeto, assim, em alguns momentos o bebê seria lançado ao lugar de objeto, o bebê que não sente, destituído de história e subjetividade. Em outros momentos, vemos os mesmo profissionais conversarem, brincarem, interagirem e mostrarem o seu afeto pelos pacientes, o que nos faz pensar que não se trataria de um ato sádico, mas dentre outros aspectos, consideramos a mobilização de defesas psíquicas que interferem no cuidado, também discutidas por Pitta (1990), Azevedo (2013) e Menzies (1970). Em relação à mobilização de defesas, vale resgatar tanto a definição freudiana como as contribuições de Dejours acerca da mobilização grupal de defesas. Freud designa defesa como sendo o conjunto de manifestações de proteção do eu contra agressões internas e externas suscetíveis de constituir fontes de excitação e por conseguinte por serem fatores de desprazer (Laplanche & Pontalis, 1975). Enquanto a concepção freudiana de defesa dá destaque ao conflito estrutural entre o psiquismo e os constrangimentos da realidade, em sua dimensão individual, Dejours (2007) apresenta as estratégias coletivas de defesa que ocorrem pelas pressões reais do trabalho. As estratégias defensivas cumprem papel paradoxal, porém capital, necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento, as estratégias defensivas podem também funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer (Dejours, 2007).

b) Cenas do Banho e da Avaliação Clínica

Em contraponto à cena do procedimento, temos o momento do banho que é descrito pelos profissionais de enfermagem como sendo um momento prazeroso para os cuidadores. Seria nesse momento que haveria espaço de narratividade e o toque no corpo poderia ser pensado como algo prazeroso, aspecto ressaltado no momento da entrevista. Supomos que, no momento do banho haveria uma possibilidade maior de integração de experiências de prazer e desprazer, pois à medida que o bebê é banhado, a técnica de enfermagem conversa com ele, o alimenta, o aspira, havendo uma integração maior, entre as ações biomédicas e o cuidado com o corpo, uma

experiência de mutualidade. O momento do banho retrataria a essência do cuidado, resgataria a dimensão das experiências de mutualidade e possibilitaria um contato com o bebê pela via da afetividade.

A mesma situação foi vivenciada pelos médicos, que brincam com as crianças no momento da avaliação clínica o que, apesar de haver uma justificativa científica, aponta para uma experiência de mutualidade, conforme expressa a fala de uma médica a seguir:

[...] a criança é examinada de manhã e não mudou nada de agora para a noite. Mas, eu fico ali ... brincando com ela no momento do exame. Ela agora aprendeu a mandar beijo, e eu perco um tempo com ela brincando. Eu vejo que ela fica feliz. É um doente crônico que dentro da sua cronicidade está bem e estável. Então, você pode brincar um pouquinho. Dá para atenuar um pouco isso da internação prolongada, eu acho muito bacana isso, da criança crônica, quer dizer que você conseguiu de alguma forma cativar aquela criança, fazer com que ela te dê um abraço um beijo. Apesar da internação prolongada são crianças, são felizes apesar de tudo, a gente consegue tirar algo deles (Silvia, médica).

A partir deste relato, supomos que neste contexto embora opere o imaginário da impotência e da frustração, também haveria uma aposta na capacidade de superação da criança. Torna-se clara a função do brincar no cuidado, que além de favorecer o desenvolvimento da criança, também atua como suporte imaginário para os seus cuidadores, por viverem com a criança algo que lhes é característico, o brincar e a possibilidade de sonhar. Diante de tamanha vulnerabilidade, o brincar talvez possibilite aos profissionais viverem uma experiência diferente com as crianças. Assim, ao invés de se lidar apenas com a incapacidade, as limitações, os profissionais podem ter a possibilidade de estabelecer um outro tipo de relação com seus pacientes, em que por meio do processo lúdico se privilegie o saudável e o prazeroso (Mitre & Gomes, 2004).

c) Cena de mediação: fantasiar e sonhar

Numa das tardes de observação participante, ao chegar na unidade vejo que os pacientes já foram atendidos pelos profissionais, a rotina da

manhã já foi realizada e uma voluntária do projeto de leitura lê para uma criança à beira do seu leito. Eu me dirijo para os profissionais de enfermagem e procuro me informar sobre o plantão e os estados das crianças. Depois de um tempo, vejo que a voluntária se dirige ao João, uma criança de dois anos, com encefalopatia grave, cuja interação com o ambiente é identificada por alguns profissionais e por outros não. Assim, me interessei em me aproximar e observar como ele iria responder a esse encontro, o que descrevo no diário de campo a seguir:

Quando pensava que ela ia terminar a história e partir, ela guardava um livro na sacola e já puxava outro livro na mão. Não demonstrava pressa em ir embora, ela estava ali, presente, com uma presença devotada. Aquela bolsa parecia a bolsa da Mary Poppins, era mais que uma bolsa, eram livros que possibilitavam a criação de um espaço mágico na enfermaria, o espaço dos contos de fadas, dos sonhos. Resolvi me aproximar e escutar as histórias junto do João e me surpreendeu a concentração que a voluntária tinha no momento de contar a história, tinha uma voz doce e se preocupava com o ritmo da narrativa, tocava o seu corpo, falava com ele. Inicialmente, eu não via interação entre os dois, as expressões dele pareciam descoordenadas. Ao longo do atendimento, ele foi se centrando, vi que ele virou a sua cabeça para ela e abriu os olhos. A cada toque ele demonstrava uma reação, assim como quando havia uma mudança no ritmo da história. No meio da última história que ela contava para ele, a enfermeira apagou a luz da enfermaria e ficamos na penumbra. Foi interessante perceber como ao final do atendimento, diferentemente da agitação que João demonstrou ao longo do atendimento, ele foi se acalmando e dormindo. Luciana se despediu sussurrando. (Diário de campo)

A partir deste relato, destacamos a singularidade que se apresenta a cada encontro, assim como a disponibilidade da voluntária para se dedicar ao João, a partir da narrativa e da atenção psíquica voltada para ele. Ao se referir aos espaços de narração entre o bebê e àquele que dele se ocupa, Golse (2003) destaca a atividade do bebê, mas no caso em questão, pelas condições clínicas de João que limitam o seu potencial de comunicação, entraria em cena de forma mais intensa a nomeação das suas necessidades a partir da intuição e sensibilidade do cuidador.

Em relação a esse aspecto, vale destacar que nos relatos de uma técnica de enfermagem, ela conta que as tias de João apresentam dificuldade

de compreender o seu estado vegetativo, então elas se referem ao seu estado como o de sono. O interessante é que seu estado se situa entre o sono e o acordar, a vida e a morte, e o contato com o outro que possibilitaria o seu despertar psíquico. Assim, no decorrer da pesquisa, uma das perguntas que passaram o processo de análise das entrevistas foi sobre o que a equipe sonhava para ele e qual seria o sentido do cuidado nesse contexto onde não há possibilidade de cura (Pereira, 2016).

As três cenas podem ser compreendidas como dimensões do cuidado ao outro ou diferentes modalidades do agente do cuidado se apresentar. O cuidado seria então a mescla destas modalidades, articulando processos conscientes e inconscientes, mostrando um deslizamento entre abordagens mais tradicionais e inovadoras, cuidado que pode ser compreendido a partir da coexistência paradoxal de linguagens diferentes, representando o encadeamento de diferentes metáforas (Figueiredo, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre o cuidado ao bebê internado se realizou no limite entre as diversas contradições que atravessam as práticas em saúde. Dentre elas, identificamos: as ideias de excelência que marcam as práticas biomédicas da instituição e o confronto com a finitude e a impotência em curar; a imagem da criança que traz esperança e a criança doente e malformada; a coexistência da imagem do bebê como sujeito e como objeto; excessos de zelo e investimento afetivo e as crises de sentido em relação ao trabalho.

Tais contradições, expressão última do paradoxo que atravessa a experiência humana, os conflitos, as tensões, que se revelam nas práticas de cuidado, expressam a condição humana dos profissionais, que não são máquinas, portanto, também tem os seus limites e cometem falhas, se confrontando em sua prática com a sua condição frágil e existencial. Em relação aos desafios percebidos ao longo desta pesquisa, destacamos as possibilidades desse ambiente de cuidados poder se apresentar de uma forma mais maleável e apostar nos espaços de narração, como uma das formas de atenuar as experiências de descontinuidades e potencialmente traumáticas vividas pelos bebês em decorrência da sua doença e da situação

de internação. Winnicott (1962/1983), ressalta que os cuidadores, assim como as mães, devem reconhecer a importância da continuidade do ambiente humano e não humano que auxilia na integração da personalidade do indivíduo, no estabelecimento de confiança, da adaptação gradativa às necessidades da criança e a provisão para concretizar o impulso criativo da criança. A partir do pensamento winnicottiano, podemos afirmar que “a espontaneidade do bebê humano precisa ser favorecida por um ambiente suficientemente bom, dimensão na qual se situa a problemática do sentido da vida e da possibilidade de felicidade humana” (Plastino, 2014, p. 37). Por fim, por mais árduo que tenha sido tocar em temas difíceis e delicados presentes na pesquisa, o intuito deste trabalho é contribuir para uma maior compreensão, a partir da psicanálise, da complexidade afetiva que envolve o cuidado aos bebês em um contexto de sofrimento e de fragilidade.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Azevedo, C. (2013). A Sociedade contemporânea e as possibilidades de construção de projetos coletivos e de produção de cuidado nos serviços de saúde. In C. S. Azevedo, & M. Sá (Orgs.), *Subjetividade e Gestão nas Práticas de Saúde* (pp. 51-75). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Ciccone, A. (2015). A contribuição do conhecimento do bebê para a clínica psicanalítica [Comunicação Oral]. *Encontro Internacional sobre o Bebê*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 3.
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro, RJ: FGV.
- Ferenczi, S. (1992). A elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, *Obras completas* (Vol. 4, pp. 29-42). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1928)
- Figueiredo, L.C. (2009). *As diversas faces do cuidar: Novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo, SP: Escuta.
- Figueiredo, L. C. M. (2014). *Cuidado, saúde e cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante*. São Paulo, SP: Escuta.

- Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Guerra, V.A. (2013). A ética dos cuidados: o complexo do arcaico e a estética da subjetivação. In R. Aragão, I. Kahn, *Do quê fala o corpo do bebê?* (pp. 37-48). São Paulo, SP: Escuta.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. L., (1975). *Vocabulário da Psicanálise*. Santos, SP: Martins Fontes.
- Levy, A. (2001). *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte, MG: Autêntica/FUMEC.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- Moreira, M.E. L., & Goldani, M. Z. (2010). A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 321-327.
- Menzies, I. E. P. (1970). *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade* (A. M. Rodrigues, Trad.) [Artigo mimeografado]. São Paulo, SP.
- Minayo, M.C. S. (2006). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: HUCITEC.
- Mitre, R., & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1) 147-154.
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação* (Relatório mundial). Brasília, DF: OMS.
- Outeiral, J. (2006). O paradoxo do ser humano ou O paradoxo e o non-sense na clínica psicanalítica. In R. Roussillon, *Paradoxos e situações limites da psicanálise* (P. Neves, Trad.) (pp. 7-24). São Leopoldo, RS: Unisinos.
- Pereira, N. V. P. G.(2016). *As práticas de cuidado e as relações intersubjetivas entre o profissional de saúde e o paciente pediátrico no contexto de internações prolongadas* (Dissertação de mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

- Pitta, A. (1990). *Hospital dor e morte como ofício* (2a ed.). São Paulo, SP: HUCITEC.
- Plastino, C. (2014). *Vida, criatividade e sentido no pensamento de Winnicott*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Sá, M. C., & Azevedo, C. S. (2015). Uma abordagem clínica psicossociológica na pesquisa sobre o cuidado em saúde e o trabalho gerencial. In T. W. F. Baptista, C. S. Azevedo, & C. V. Machado (Orgs.), *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa* (pp. 219-256). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais-bebê* (M. V. A. Veronese, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico – Qualitativa* (2a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Winnicott, D. W. (1983). Provisão para a criança na saúde e na crise. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 62-69). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1962)
- Winnicott, D. W. (1989). O medo do colapso. In C. Winnicott, R. Shepherd, Ray, & M. Davis (Orgs.), *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 70-76). São Paulo, SP: Artmed.
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Obra original publicada em 1956)
- Winnicott, D. W. (2006). O ambiente saudável na infância. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (3a ed., pp. 38-54). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1988)
- Zornig, S. (2000). *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo, SP: Escuta.