

ETHEL CUKIERKORN BATTIKHA

A FORMAÇÃO DO NEONATOLOGISTA E OS PARADIGMAS IMPLICADOS
NA RELAÇÃO COM OS PAIS DOS BEBÊS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Tese apresentada à Universidade Federal de São
Paulo/ Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do título de Doutor(a) em Ciências.

2011

ETHEL CUKIERKORN BATTIKHA

A FORMAÇÃO DO NEONATOLOGISTA E OS PARADIGMAS IMPLICADOS
NA RELAÇÃO COM OS PAIS DOS BEBÊS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Tese apresentada à Universidade Federal de São
Paulo/ Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do título de Doutor(a) em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Benjamin Israel Kopelman
Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa de
Melo Carvalho

São Paulo

2011

Battikha, Ethel Cukierkorn

A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na unidade de terapia intensiva neonatal/

Ethel Cukierkorn Battikha. -- São Paulo, 2011.

x, 124 fls.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria.

Título em inglês: Neonatology education and the paradigms implied in the relationship with the parents of babies in the Neonatal Intensive care Unit

1. Educação médica. 2. Internato e residência. 3. Neonatologia. 4. Psicanálise.

DISCIPLINA DE PEDIATRIA NEONATAL DO DEPARTAMENTO DE
PEDIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/ ESCOLA
PAULISTA DE MEDICINA

Prof. Dr. Mauro Batista de Moraes

Chefe do departamento de Pediatria

Prof^a. Dr^a. Olga Maria Silvério Amancio

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria

Dedicatória

Este trabalho representa a um só tempo meu agradecimento e reconhecimento a Alícia Brasileiro de Mello e Silvia Bleichmar e a minha forma de nomeação do meu luto pela perda dessas duas mulheres.

A morte encontrou Silvia viva em agosto de 2007. Nossa última conversa deu-se em Buenos Aires, em junho. Enquanto caminhava por sua rua, deparei-me com o que fora antes a sede da Amia- Associação Mutual Israelita Argentina, agora uma praça. Silvia trabalhou com as vítimas do atentado a bomba que arrasou o prédio, deixando inúmeros mortos e feridos, assim como o fez, antes, com as vítimas do terremoto no México. Era uma psicanalista profundamente engajada e comprometida no tempo histórico que lhe foi dado viver, implicada eticamente com a responsabilidade que o saber psicanalítico lhe convocava socialmente. Chamou-me a atenção a marca de tijolos deixada junto ao muro do outro edifício, como um corte feito na carne do prédio destruído, que permanece.

Senti-me pega pela dramaticidade, tal como num tango, que me evocava esta imagem: há que se falar, nomear, não se trata de não esquecer, mas de se saber reconhecido e, assim, poder então partir.

Após um ano e alguns meses, fui invadida pelo excesso da perda da Alícia, minha analista por mais de 10 anos, que com sua clínica viva, implicada, e sua generosidade transvazante ofereceu-me tantas possibilidades de elaborações e novas construções psíquicas.

Dedico este trabalho a elas...

Agradecimentos

Aos residentes que participaram desta pesquisa e que compartilharam comigo sua intimidade, permitindo que este trabalho se realizasse.

Ao Mauricio, meu companheiro neste percurso e em tantos outros, por sua compreensão, por suas repetidas leituras do texto, por suas contribuições sempre tão ponderadas, por acreditar em mim e naquilo que faço e, sobretudo, por seu acolhimento amoroso.

Ao Felipe, meu filho, que tanto me ensinou e continua a ensinar, por sua curiosidade, olhar atento, crítico e amoroso, e por ter estado comigo neste caminho, tornando-o melhor.

Ao Prof. Dr. Benjamin Israel Kopelman, orientador preciso e amigo generoso, por nossas conversas sobre a formação ética, o reconhecimento do outro como semelhante, sobre nossas perdas concretas e subjetivas, sobre livros, artigos, restaurantes, pela emoção de um bom encontro.

À Profa. Dra. Maria Teresa de Melo Carvalho, que me acolheu num momento difícil me oferecendo uma orientação pulsante, cuidadosa e instigante. Por ter me recebido com uma escuta delicada e propiciadora de trabalho, pelos passeios em Belo Horizonte, pelo pão de queijo em sua casa, que só confirmaram a hospitalidade mineira...

À Alexandra Hubert Giorge pela valiosa interlocução e pelo afeto; à Amélia Miyashiro Nunes dos Santos, por sua capacidade empática, palavras cuidadas e cuidadoras; à Ana Lúcia Goulart, que me apresentou este universo instigante e apaixonante, por sua amizade; à Maria Fernanda Branco de Almeida, por sua ajuda e disponibilidade, além é claro, do chá com biscoito; ao Milton Harumi Miyoshi, pela confiança; à Ruth Guinsburg, pelo apoio e por ter acreditado; a toda a equipe de

neonatologistas do Hospital São Paulo, que certamente saberão se reconhecer neste agradecimento.

Às amigas Ana Cristina Marzolla, Anna Luíza de Aguiar Camargo, Daniela Danesi, Eliane Accioly Fonseca, Josefina Martins de Carvalho, Luciana Maria Sarin, Marcia Porto Ferreira, Maria Cecília Correa de Faria, Maria Luisa Guirardi, Maria do Carmo Camarotti, Salete Abrão e Silvia Gomara Dafree que de maneiras diferentes me acompanharam e cuidaram com contribuições e presença durante todo este tempo.

Às instituições: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Faculdade Estadual Paulista Campus de Botucatu - Faculdade de Medicina - UNESP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP; Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP e do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva-Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha na figura de seus docentes que permitiram que este trabalho se concretizasse.

A recomposição da subjetividade, como fonte de toda possibilidade de futuro, revela-se parte central da contribuição que nos cabe, não para que a ilusão tenha porvir, mas para que a esperança seja possível.

Silvia Bleichmar

Ausência

*Por muito tempo achei que a ausência é falta.
E lastimava, ignorante, a falta.
Hoje não a lastimo.
Não há falta na ausência.
A ausência é um estar em mim.
E sinto-a, branca, tão pegada, aconchegada nos meus braços,
que rio e danço e invento exclamações alegres,
porque a ausência, essa ausência assimilada,
ninguém a rouba mais de mim.*

Carlos Drummond de Andrade

Resumo

Este estudo tem como objetivo a análise e a interpretação dos efeitos psíquicos suscitados no médico neonatologista em formação pela entrada e permanência dos pais na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal. Para tanto, desenvolvi um estudo sustentado no campo teórico psicanalítico, mantendo uma interlocução metodológica com a pesquisa qualitativa em saúde. Participaram, através de uma única entrevista semiestruturada individual, vinte residentes ou alunos de especialização de neonatologia das seguintes instituições: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Faculdade Estadual Paulista Campus de Botucatu - Faculdade de Medicina - UNESP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP; Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP e do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva - Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha. A partir de inúmeras leituras do material oferecido pelos residentes, objetivando os núcleos de sentido emergentes, cuja presença fosse significativa para meu objeto analítico (BARDIN, 1977; PATTON, 1990), elegi seis categorias para análise e interpretação: a permanência dos pais na unidade de terapia intensiva neonatal e suas repercussões na atuação do neonatologista; a comunicação do diagnóstico/ o que os pais devem saber; impasses entre médicos e pais dos bebês na comunicação do diagnóstico; situações de identificações com os pais; a comunicação da morte e a participação na entrevista/ desamparo e ideais. A interpretação das categorias propiciou uma compreensão dos mecanismos psíquicos mobilizados nos médicos na relação com os pais dos bebês na unidade de atendimento. O mote nas considerações finais desta pesquisa recaiu sobre a angústia e o sofrimento desencadeado nos médicos residentes no atendimento assistencial e no processo de formação, para os quais estão desprovidos de ancoragens psíquicas e, disto decorre então a necessidade e a proposição de intervenções.

Palavras-chave: Educação médica; internato e residência; neonatologia; psicanálise.

Sumário

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos	v
Resumo	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. MÉTODO E REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1. Sujeitos	7
2.2 Delineamentos	8
2.3 Instrumentos	10
2.4 Tópicos do roteiro.....	11
2.5 Procedimentos	12
2.6 Análise das entrevistas.....	13
2.7 Sustentação Teórica.....	15
3. RESULTADOS /ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS	16
3.1 A permanência dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e suas repercussões na atuação do neonatologista	17
3.2- A comunicação do diagnóstico: o que os pais devem saber?.....	26
3.3 Impasses entre médicos e pais de bebês na comunicação do diagnóstico.....	37
3.4 Identificações com os pais	63
3.4.1 Identificação que remete às perdas do médico	65
3.4.2 Identificação e projeto de maternidade.....	67
3.4.3 Impotência constitutiva e inerente ao humano	70
3.4.4 Impotência, culpa e onipotência	74
3.5 A comunicação da morte	79
3.6 A participação na entrevista: desamparo e ideais	87
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
5. REFERÊNCIAS	104
ABSTRACT.....	112

APÊNDICE.....	113
Anexo 1.....	120
Anexo 2.....	122
Anexo 3	124

1. INTRODUÇÃO

Em minha dissertação de mestrado, desenvolvida na Universidade Federal de São Paulo, pesquisei as representações maternas acerca do nascimento do bebê com doenças orgânicas graves e defendi como resultado emergente a necessidade de uma escuta analítica precoce de suas mães, no período da internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Ao término desse trabalho fiz referência à necessidade do desenvolvimento de uma pesquisa com os profissionais que se deparam constantemente com esses bebês e seus pais em sofrimento.

Após a defesa da dissertação, permaneci participando das reuniões clínicas da Disciplina de Pediatria Neonatal, fazendo, em determinados momentos, intervenções acerca dos aspectos psíquicos implicados nos casos em discussão. A partir de 2005, refletindo a importância dada pelos médicos às discussões, formalizou-se na disciplina a introdução de quatro encontros anuais. A proposta era a de que pudéssemos problematizar, tendo como eixo a prática clínica dos neonatologistas em formação, questões do campo da subjetividade com que estes se deparam no cotidiano do atendimento ao bebê e seu entorno na unidade. Abordamos temas tais como a comunicação do diagnóstico pelos médicos aos pais, a crise desencadeada pelo nascimento desse bebê diferente, a morte na Unidade, etc.

No decorrer dessas aulas, deparei-me com o tema recorrente acerca do que é mobilizado nos médicos pela entrada e permanência dos pais na unidade de terapia intensiva. No início não se esboçavam questões formuladas, mas impressões não organizadas que, à medida que novos enunciados eram produzidos, puderam ganhar delineamento.

A primeira consequência decorrente do fato de as visitas não serem mais limitadas a alguns poucos horários é que o contato entre os médicos e os pais foi ampliado. O livre acesso dos pais à Unidade trouxe consigo novos paradigmas intersubjetivos na relação dos médicos com os pais. No relato de uma médica participante das aulas, que viveu esse momento histórico, ao referir-se à importância desse espaço de interlocução e reflexão, ressaltou que era mais fácil fazer uma intervenção no bebê quando a

permanência dos pais era restrita, já que propiciava uma maior dissociação entre o bebê e sua família. Essa problemática exige, portanto, novos aportes que atravessam um enfrentamento interdisciplinar.

Até 1960, os manuais de pediatria preconizavam o manuseio mais essencial dos bebês, o que resultava em uma cultura de exclusão dos pais da unidade (KLAUS & KENNEL, 1993). Remonta a 1964 o primeiro trabalho a examinar a viabilidade da entrada dos pais na Unidade de Terapia Intensiva. A importância de sua permanência na Unidade na constituição do vínculo com o bebê é reconhecida atualmente em inúmeros trabalhos clínicos e teóricos, sendo garantida por lei no Brasil - nº8.069, de 13 de julho de 1990 - a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (MINISTÉRIO da SAÚDE, 1990).

O nascimento de um bebê de risco e a necessidade de sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva é extremamente traumático para seus pais, na medida em que excede a capacidade de elaboração e metabolização psíquica do que é por eles vivenciado. Desta forma, as ações urgentes no início da vida de um bebê de risco podem ser muitas. Para além das intervenções e cuidados clínicos e ou cirúrgicos necessários à garantia da vida, é fundamental atentar para o sofrimento psíquico dos pais e sua implicação na constituição do vínculo com seu filho, bem como sua repercussão na relação estabelecida com os médicos na unidade de atendimento (CRAMER, 1993; MATHELIN, 1997; AGAMAN et al, 1999; SILVA, 2000; BATTIKHA, 2001; BATTIKHA et al, 2007).

Na literatura psicanalítica há diversos trabalhos desenvolvidos acerca do sofrimento psíquico, da angústia e do desamparo a que ficam submetidos os pais confrontados com o nascimento de um bebê de risco, com problemas orgânicos, e seus possíveis efeitos na constituição psíquica desse bebê (ARIAS, 1999; DRUON, 1999; JERUSALINSKY 1999 et al; MATHELIN, 1999; WANDERLEY, 1999; BATTIKHA et al, 2007).

De maneira comparável, há na literatura médica inúmeros artigos acerca dos fatores desencadeadores e produtores de angústia e sofrimento psíquico no médico, em sua atuação assistencial, e na formação dos residentes, quando de seu treinamento, evidenciando a grande preocupação com o processo de desenvolvimento desses alunos (TOKARZ et al 1979; ALEXANDER et al, 1985; COOKE M, 1985; BUTTERFIELD, 1988; NOGUEIRA - MARTINS, 1991, 2005; ZAIDHAFT et al, 1992; MACHADO, 1997; VIANNA e PICCELLI, 1998; KVALE et al, 1999; JURKOVICH et al, 2000;

ALEXANDER e KLEIN, 2001; BELLINI, 2002; ORLANDER et al, 2002). A identificação dos fatores de risco à sua saúde física e psíquica, seus possíveis efeitos na relação estabelecida e no atendimento prestado ao paciente (FRIEDMAN et al, 1971, 1973; ASKEN e RAHAM, 1983; DEACONSON et al, 1988), bem como os altos índices de estresse e depressão estão entre os temas de investigação de amplo interesse (FREUNDENBERGER, 1975; KALIMO e MEJMAN, 1987; AACH et al, 1988; NOGUEIRA-MARTINS e JORGE, 1988, TOEWS et al 1997).

Este trabalho se insere nessa preocupação com os alunos, mas traz como especificidade a proposição de um campo de reflexão inserido na formação do residente como médico especialista. Chegar a esse tema significou um processo. Inicialmente dediquei-me a pensar a forma como as mães significavam o nascimento de um bebê com problemas, e de que maneira poderíamos propor uma intervenção precoce nesse vínculo em formação entre as mães e seus bebês enquanto estivessem sob nossos cuidados na unidade de terapia intensiva. Essa primeira questão acabou por indicar a que se seguiria, quase que de maneira inevitável, da preocupação com a angústia e o sofrimento psíquico das mães e com a constituição do vínculo mãe-bebê, para igual preocupação com a angústia e o sofrimento psíquico dos médicos na sua prática cotidiana, mais especificamente com o médico especialista em formação, dado tratar-se também de um início para eles.

Embora muitos dos temas tratados neste trabalho possam ser referidos a médicos e residentes de outras especialidades que não a neonatologia, foi a partir da minha preocupação com esses profissionais que desenhei esta tese.

A atuação do neonatologista tem diversas singularidades. Eles trabalham com bebês, sujeitos não falantes, mas lidam cotidianamente com os pais desses bebês, que têm acesso garantido por lei à Unidade e que, esses sim, falam. Esse médico confronta-se com a morte de bebês que, por princípio, representam a marca da continuidade da vida (FREUD, 1914). Esta é uma especificidade da atuação numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Na prática assistencial o médico intensivista se depara com situações extremas ligadas a morte e ao desamparo, mobilizadoras de angústias que evocam vivências primitivas inerentes à condição do sujeito humano. (NOGUEIRA-MARTINS, 2005). Ficam expostos cotidianamente à dor psíquica dos pais, bem como as suas reações ambivalentes e paradoxais (DRUON, 1999; NOGUEIRA-MARTINS, 2003). Podem esperar reconhecimento e receber ódio e ressentimentos, ou mesmo uma total submissão. São objetos de projeções maciças, isto é, recebem uma intensa carga

afetiva dos pais, que tanto podem esperar e demandar dos médicos um poder ilimitado como os identificar com a própria impotência sentida.

Os residentes de neonatologia são treinados para os cuidados e intervenções que se fazem necessários no atendimento ao bebê, contudo, são confrontados com questões intersubjetivas que têm implicações no seu exercício profissional e que são constitutivos de sua identidade, assim como o são a teoria e a prática contempladas no currículo. A subjetividade é indissolúvel e inerente ao atendimento objetivo e, nesse sentido, é fundamental que se possa ter acesso às representações subjetivas, às significações atribuídas pelos neonatologistas à sua atuação, e que também se possa compreender como são afetados por seu trabalho.

O termo consagrado como Humanização no âmbito da assistência médica e hospitalar, tem recebido grande ênfase, sendo objetivada e regulamentada pelas atuais políticas de saúde. No final de 2003 foi lançado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH), para todas as instâncias de saúde. Em texto de apresentação da Secretaria de Saúde do governo de São Paulo acerca da Humanização esta é definida como:

A recuperação do sentido humano nas relações e no trabalho desenvolvido nos serviços de saúde. Entendendo aqui humano na sua dimensão mais ampla que envolve os aspectos históricos, subjetivos e éticos do ser humano. Nessa concepção, a humanização perpassa toda a instituição de saúde e se faz presente como uma forma de agir desde o planejamento, gestão e processo de trabalho. Para tanto, o eixo norteador de nossas práticas de saúde passa a ser aquele que valorize e dê um novo significado às pessoas no processo de trabalho, contrapondo-se aos automatismos das ações e a “coisificação” do indivíduo, observadas nas atividades médicas.

Este trabalho reflete essa dimensão da humanização, pela valorização e pelo investimento libidinal na escuta desses profissionais em formação. Como campo de fundamental importância na teoria psicanalítica, a humanização se refere às vicissitudes da constituição do sujeito psíquico e da produção de subjetividade, à maneira como a partir da relação com o outro humano, inicialmente, na relação primária com o adulto significativo – habitualmente a mãe – somos providos das marcas de nossa subjetividade pelo investimento amoroso que incide sobre nós (BLEICHMAR, 2005).

Nessa perspectiva, o que é ensinado pelos formadores na especialização do residente faz-se importante na constituição de sua representação profissional e na atribuição de sentidos à sua prática assistencial ao paciente. Como expõe Zaidhaft (1990), o aluno se forma e adquire sua identidade médica não só pelo que consta nos programas, mas também, e o mais importante, pelas atitudes dos professores que ele mimetiza.

O programa de residência na área de Atuação em Neonatologia tem como pré-requisito a residência médica na especialidade de Pediatria e abrange em vários níveis de complexidade, a assistência ao recém-nascido em sala de parto, alojamento conjunto, unidade de cuidados intermediários e intensivos, transporte e acompanhamento ambulatorial. O programa é desenvolvido sob a forma de treinamento em serviços – sendo, para tal, supervisionados – e atividades teóricas complementares.

O Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (2010) recomenda entre os conteúdos programáticos a humanização do cuidado intensivo neonatal, as medidas de conforto ao recém-nascido doente, o estímulo à formação do vínculo mãe-bebê e o cuidado paliativo em neonatologia. Refere que, ao término do programa de treinamento, o médico residente deverá ter a capacidade, entre outras, de reconhecer a importância de assistir globalmente o recém-nascido e sua família; sensibilizar-se ante a separação mãe-filho nas internações; considerar os aspectos bioéticos que envolvem o paciente de extremo baixo peso, a presença de doença grave e/ou de anomalia congênita e a morte no período neonatal, e reconhecer a importância do trabalho em equipe e multiprofissional.

As mudanças marcadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e pela Política Nacional de Humanização (2003) repercutiram no vínculo do médico com o bebê e seus pais e nos remetem a pensar nos recursos psíquicos, disponíveis ou não ao médico, para elaboração dessas vivências. Muitas são as questões mobilizadas nos neonatologistas pela entrada e permanência dos pais na unidade, ainda que muitas vezes apareçam como impressões não organizadas e não compartilhadas. Faz-se importante levar em conta as significações atribuídas por eles a essas vivências, de maneira a subsidiar propostas de intervenções quando da formação do residente, para que não advenham como fontes de excesso psíquico, de sofrimento, podendo implicar a exacerbação e a cristalização de mecanismos defensivos na identidade do profissional. (NOTTO, 1984).

A cada tempo histórico correspondem diferentes questões que são transmitidas culturalmente. Os pais, inicialmente excluídos da unidade de terapia intensiva, passaram do acesso restrito ao livre acesso. Essa presença constante implica uma nova produção de relações intersubjetivas entre os neonatologistas, o bebê e seus pais, e nos convocam – profissionais dedicados ao ensino e à formação dos residentes – para a responsabilidade de gerarmos um novo sistema de representações que reflita tais relações.

Quando chega à formação em neonatologia, o aluno já percorreu um longo caminho na construção de sua representação profissional, determinada por suas motivações singulares conscientes e inconscientes, por seus formadores significativos e por uma trama determinada pela cultura médica circundante. Nessa etapa se formará como especialista em neonatologia e os modos pelos quais essas questões serão referidas e transmitidas farão parte dessa construção.

Neste sentido, articula-se o singular do sujeito e o social imprimido pelo outro, aqui referido aos formadores transmissores da cultura. Como afirma Feuerwerker (2002), no caso de uma escola de medicina, o currículo expressa a concepção que se tem de saúde, do papel do médico na sociedade, do médico que se quer formar etc.

Este estudo tem como objetivo a análise e a interpretação dos efeitos psíquicos suscitados pela entrada e permanência dos pais na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, no médico neonatologista em formação.

2. MÉTODO E REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Sujeitos

Participaram deste estudo, no período de dezembro de 2007 a janeiro de 2008, através de uma única entrevista semiestruturada individual, 19 (dezenove) mulheres e um homem, totalizando 20 (vinte) residentes ou alunos de especialização em neonatologia das seguintes instituições: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Faculdade Estadual Paulista Campus de Botucatu - Faculdade de Medicina - UNESP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP; Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP e do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva- Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

O serviço de neonatologia dessas instituições tem tradição em realizar trabalhos colaborativos com a disciplina de pediatria neonatal da UNIFESP, o que justifica sua escolha para a realização das entrevistas. Faz-se necessário, neste ponto do texto, um esclarecimento quanto à opção por não entrevistar os residentes da Disciplina de Pediatria Neonatal da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. Como salientei na introdução, esta pesquisa emergiu da minha interlocução com os residentes e médicos neonatologistas da UNIFESP. Desenvolvo um trabalho junto a esses residentes, abordando temas do campo psíquico com os quais eles se defrontam no cotidiano de seu trabalho intensivista, desta forma, considero que entrevistá-los, constituiria um desvio nos resultados apresentados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo e do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha. Todos os residentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação voluntária no estudo.

2.2 Delineamentos

Partindo de um estudo qualitativo (DEMO, 2000; MINERBO, 2000) sustentado no campo psicanalítico, o recorte deste trabalho incide na forma como a entrada e a permanência dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal se insere na subjetividade do médico e, em consequência, como é significada. Esse tema possibilita diferentes aportes, a partir da especificidade de diferentes disciplinas que possam debruçar-se sobre ele, o que implica, conseqüentemente, na adição de determinada metodologia, ou seja, cada campo tem suas teorizações e método correspondente. Como assinala Bleichmar (2005, p. 28):

ao aproximar-me da realidade, interpelo-a a respeito de uma ordem de fenômenos que quero conhecer, deixando de lado, ou pondo em parênteses, aquilo que não é relevante. Eu não interpelo toda a realidade: interpelo uma realidade que já foi destacada (...); meus interrogantes assim orientam a relevância que guia minha interpelação da realidade.

Uma vez que a aplicação do método depende do objeto, não há um método geral ou único suscetível de ser aplicado a qualquer objeto. A singularidade do objeto deste estudo é, portanto, reveladora do campo no qual se inscreve: o campo psicanalítico, que fundamenta metodologicamente esta pesquisa. Essa especificidade se apresenta no recorte do objeto de investigação, nos instrumentos conceituais que o sustentam, na elaboração do roteiro de perguntas para a sua apreensão, na literatura que permite formulá-la e na análise interpretativa do material emergente das entrevistas, dado que a psicanálise é um saber da interpretação.

A psicanálise instaura-se, desde suas origens, como um método de investigação do psiquismo, evidenciando um modelo de pesquisa. Como salienta Mezan (1993, 1994), além de ser um instrumento terapêutico, a psicanálise é também uma concepção do funcionamento mental do homem em geral, uma teoria que fornece conceitos e esquemas. Donde as forças que animam toda e qualquer produção mental, individual ou coletiva, poderem ser detectadas não apenas na relação transferencial analítica, mas também extramuros, o que possibilita que esse instrumental conceitual seja a

sustentação para a pesquisa psicanalítica para além da clínica e dos textos teóricos, lugar deste trabalho de pesquisa.

A pesquisa psicanalítica indaga sobre o sentido psíquico do seu objeto. Nessa direção, Herrmann (1979) salienta que aplicar o método psicanalítico é fazer brotar, do estudo de algumas relações humanas, as estruturas profundas que as determinam. De acordo com Sales e Souza (2008), a psicanálise, como campo de saber e meio de intervenção, vem ao longo de décadas oferecendo escuta aos mais variados discursos. Nas palavras de Bleichmar (2005, p. 77-78):

Para entender a diferença entre fenômenos da realidade e objetos de investigação, pensem, por exemplo, nesses suicídios que tão dolorosamente têm agitado a nossa cidade¹ nos últimos anos, como, por exemplo, os dos velhinhos que se jogam pela janela de um prédio, aos quais se podem dar diferentes ordens explicativas. É possível explicar a queda do corpo de um ser humano pela janela como efeito de uma depressão severa - tomando uma ordem de realidade que remete às motivações subjetivas -, e se pode realçar também do ponto de vista político e sociológico [...] a miséria e indignidade às quais estão condenados na atualidade (explicação que não entra em contradição com a anterior, mas que sustenta um horizonte teórico que não permite a redução de uma ordem causal sobre a outra...); desde outro recorte do campo, é possível também explicar a queda de um corpo do ponto de vista da física...

Dessa maneira, o objeto deste estudo está definido pelo espaço teórico próprio da psicanálise e segundo sua linguagem conceitual, tendo, para tal, como interlocutor privilegiado, a obra da psicanalista Silvia Bleichmar, pelo que seu trabalho trás de fecundo e por sua meticulosa leitura da obra Freudiana.

Circunscrito o objeto ao seu campo de pertinência, faz-se fundamental ressaltar que o paradigma epistemológico desta tese é o da pesquisa qualitativa (DEMO, 2000; BLEICHMAR, 2005; MINAYO, 2006), e é nesse sentido que estabeleço uma interlocução com o campo da pesquisa qualitativa em saúde.

Ao fazer a distinção entre a qualidade objetiva e a qualidade do objeto psíquico, Granger (1967) aponta que a utilização do método em uma pesquisa não é questão de escolha, de alternativa, dado que está determinado pela especificidade do objeto de investigação. Minayo (2006) critica a separação entre as questões epistemológicas e os instrumentos operacionais implicados no trabalho de pesquisa, dado que a metodologia

¹ A autora refere-se à cidade de Buenos Aires.

abrange tanto a discussão epistemológica sobre o caminho do pensamento que o tema ou objeto de investigação requer, quanto a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e instrumentos operativos a serem utilizados para as buscas relativas às indagações das investigações

2.3 Instrumentos

O trabalho de escuta do discurso formulado pelos médicos realizou-se através de uma única entrevista semiestruturada com cada um dos participantes individualmente, a partir de um roteiro comum de tópicos (MANNONI, 1993; TRIVIÑOS, 1987).

Os tópicos propostos visaram interferir o mínimo necessário na formulação do discurso dos sujeitos, objetivando apenas a continuidade do fluxo da entrevista e o acesso ao conteúdo privilegiado. Priorizei a escuta da forma singular de articulação da fala do residente, propiciando a sua livre associação diante dos temas propostos, mantendo-me numa posição de atenção flutuante frente à formulação dos diferentes discursos (LAPLANCHE & PONTALIS, 1983). A associação livre do paciente e a atenção flutuante do analista são marcas constituintes do método psicanalítico; o que é revelador da imbricação do uso do instrumento operacional com as questões epistemológicas supostas nesta pesquisa.

A escolha desse instrumento metodológico pressupõe que o entrevistador possa se manter numa posição de liberdade para propor os temas, mas permitindo ao entrevistado a configuração do campo. Dado que a partir da proposta de um tema outros podem emergir, mesmo sem sugestão do pesquisador, o roteiro não obedece a uma ordem sequencial. Dessa forma, apesar de a entrevista ter como objetivo uma pesquisa, sustentei a postura de valorizar, sobretudo, a escuta do discurso, de maneira a não induzir respostas, objetivando a não contaminação e o não direcionamento das entrevistas.

Conforme afirma Minayo (2006), o roteiro de entrevista compreende uma lista de temas que tem como substrato o conjunto de conceitos que constituem o objeto de investigação e que deverão nortear a interlocução com o entrevistado.

Os temas eleitos para o roteiro de entrevistas emergiram da interlocução que venho mantendo, há vários anos, com os médicos neonatologistas da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, mais especificamente a partir das aulas endereçadas aos residentes. Como já referi na introdução deste trabalho, essa prática, que se iniciou em 2005, configurou-se numa espécie de projeto piloto desta pesquisa, abrindo interrogantes e se constituindo na fonte mobilizadora do meu desejo por esta investigação. Nesse contexto, formulei questões que pudessem subsidiar minha escuta dos residentes.

2.4 Tópicos do roteiro

Os seguintes tópicos nortearam a entrevista semiestruturada: a permanência dos pais na unidade de terapia intensiva neonatal e suas repercussões na atuação do neonatologista; o contato cotidiano com os pais na unidade de terapia intensiva neonatal; a comunicação do diagnóstico aos pais/ questões decorrentes desta comunicação; o conhecimento acerca da história do bebê; situações de identificação com os pais; a comunicação da morte de um bebê; temas do roteiro e/ou outros que foram abordados durante a residência e de que forma.

2.5 Procedimentos

Inicialmente, os docentes –, chefes das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal dos Hospitais Universitários – foram contatados e as instituições convidadas a participar da pesquisa. Para tal, o projeto foi encaminhado às instituições e, após sua aprovação, apresentei-me a cada um dos docentes responsáveis pela disciplina, que se encarregaram de informar os residentes acerca da pesquisa.

Após serem informados pelos docentes, fiz o convite pessoalmente aos residentes para que participassem por meio de uma entrevista semiestruturada deste trabalho. Contextualizei seu histórico e objetivo, reforçando o fato de não haver obrigatoriedade de adesão. Contudo, todos os convidados a integrar o projeto manifestaram seu desejo em participar.

No início das entrevistas, os residentes foram esclarecidos quanto ao conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e quanto à preservação de suas identidades. Furneci informações sobre o uso do gravador como um recurso para que eu pudesse manter a minha escuta o mais livre possível, não tendo a preocupação com anotações durante o seu curso. Informe também que as entrevistas seriam trabalhadas em conjunto e não apareceriam na íntegra no material do trabalho.

Os residentes foram entrevistados individualmente, em um lugar reservado, nas instituições de origem. A única regra, proposta ao início de cada entrevista, foi para que se mantivessem o mais livre possível para falar o que lhes ocorresse da forma que desejassem. Ao realizar as entrevistas, posicionei-me de maneira a oferecer uma escuta dos entrevistados, remetendo questões e mantendo o campo aberto para que aquilo que não havia sido cogitado no momento da elaboração do roteiro pudesse emergir.

As entrevistas tiveram uma duração aproximada de 50 minutos e foram realizadas próximas ao final do treinamento - que ocorre entre o início de fevereiro e janeiro do ano subsequente.

2.6 Análise das entrevistas

O material oferecido nas diversas entrevistas foi trabalhado em conjunto, tendo como foco de análise a questão norteadora do trabalho. Trata-se de uma interpelação explorando a potência significativa das entrevistas, procurando destacar outras redes de significações, o que implica pensar psicanaliticamente. (LAPLANCHE, 1998, MEZAN, 2002)

Acerca da pesquisa psicanalítica com material clínico, Safra (1994) afirma que:

A experiência clínica apresenta uma infinidade de variáveis e fenômenos impossíveis de serem abarcados por um único vértice ou concepção teórica. Ao iniciarmos uma investigação a partir de um material clínico, realizamos um recorte que é delimitado pelo aspecto ou fenômeno que estamos interessados em pesquisar, e também pelas concepções teóricas que utilizamos em nosso trabalho. O mesmo material pode ser utilizado para investigarmos dimensões diferentes do fenômeno clínico... (p. 57).

O mesmo se passa com o tratamento e análise das entrevistas realizadas para esta pesquisa. Os diferentes discursos oferecem um amplo material que poderia suscitar diferentes análises e há um vasto conteúdo referente à singularidade psíquica de cada um dos entrevistados, que poderia ser interpretada nos discursos. No entanto, o recorte feito nesta pesquisa incide não sobre cada entrevista individualmente, mas sobre o conjunto de entrevistas, objetivando a análise e a interpretação da forma como os neonatologistas significam o trabalho intensivista, a partir da entrada e permanência dos pais na unidade de atendimento, e a forma como são afetados por esse trabalho; o que referenda não serem apresentadas na íntegra, mas a partir de recortes. Essa é uma posição ética perante os limites do uso proposto desse material.

Como refere Mezan (2002), a todo o momento, da elaboração do projeto à seleção da bibliografia, da arquitetura da dissertação à análise do material, o pesquisador é convocado a decidir se e por que determinadas escolhas são relevantes para seu tema. Todos os aspectos relativos à forma da tese estão organicamente ligados à concepção intelectual e ao funcionamento da metodologia desse trabalho.

Retomando a interlocução com a Metodologia da pesquisa qualitativa em saúde, recorri à Análise de conteúdo de Bardin (1979), que consiste em descobrir os núcleos de sentido – temas – emergentes no material, cuja presença seja significativa para o objeto analítico (MINAYO, 2006) como recurso instrumental para trabalhar as entrevistas.

Esse modelo sugere três etapas cronológicas. Na primeira etapa, estabeleci contato com o conteúdo das 20 entrevistas, contando com diversas leituras – fase nomeada "leitura flutuante". Identifiquei os entrevistados com uma inicial, escolhida aleatoriamente, e trabalhei com o material das entrevistas, apenas com a inicial eleita. Essa escolha – a de trabalhar as entrevistas sem os nomes dos entrevistados – deveu-se a minha preocupação de me manter o mais livre possível no tratamento desse material.

Procedi posteriormente ao recorte – a separação das partes do todo – dos textos em unidades comparáveis de categorização (PATTON, 1990) e agreguei-as – o agrupamento das partes separadas – em categorias. Houve, portanto, uma redução do conteúdo das diversas entrevistas em unidades de sentido e a síntese dessas partes em categorias de análise. Trata-se da exploração e da codificação do material, objetivando os núcleos de compreensão dos textos. Realizei, então, a análise propriamente dita.

O acesso à gama de significados possíveis que se anunciaram a partir do conteúdo das entrevistas só pôde ser revelado a partir da análise interpretativa. Como sugere Herrmann (1979), assim "como na música, os sentidos possíveis do discurso têm uma existência apenas potencial, até que sejam interpretados" (p.26).

O número de entrevistas propostas no protocolo de pesquisa, vinte, mostrou-se adequado para a coleta do material objetivado. Novamente recorro ao campo da pesquisa qualitativa em saúde (MINAYO, 2006), que sustenta como critério de saturação, o reconhecimento do pesquisador, que apreendeu o seu objeto de pesquisa, a partir de um determinado número de entrevistas.

2.7 Sustentação Teórica

Este trabalho tem como especificidade a interlocução entre a psicanálise e a medicina. Desde o início da minha relação com os médicos na disciplina de pediatria neonatal em 1998, mantive a preocupação em fazer-me entender sem perder a singularidade do meu campo de pertencimento e atuação. A atenção com minha linguagem e com o uso dos conceitos norteou minha prática durante esses anos. Muitos conceitos do campo teórico e clínico da psicanálise são referidos nas conversas cotidianas, bem como na mídia escrita e televisiva, e acabaram por se tornarem chavões desprovidos do seu sentido. Narcisismo, Complexo de Édipo, Superego, são alguns dos exemplos.

Dado meu desejo de interlocução entre os campos de conhecimento, acredito ser fundamental definir os conceitos principais que aparecem no texto, e que serão apresentados de forma breve, em forma de apêndice, apenas para subsidiar a leitura deste trabalho para aqueles profissionais que não são da área psicológica e/ou que não têm familiaridade com a linguagem psicanalítica.

3. RESULTADOS /ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

Após trabalhar com as entrevistas, através de inúmeras leituras e objetivando os núcleos de sentido emergentes no material, cuja presença fosse significativa para meu objeto analítico (BARDIN, 1979; PATTON, 1990), elegi as seguintes categorias para análise:

1. A permanência dos pais na unidade de terapia intensiva neonatal e suas repercussões na atuação do neonatologista
2. A comunicação do diagnóstico: O que os pais devem saber?
3. Impasses entre médicos e pais dos bebês na comunicação do diagnóstico.
4. Situações de Identificações com os pais
5. A comunicação da morte
6. A participação na entrevista: desamparo e ideais.

As categorias para análise serão apresentadas com os respectivos fragmentos dos discursos em *itálico*, seguidos da análise e discussão.

3.1 A permanência dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e suas repercussões na atuação do neonatologista

Nos fragmentos que serão apresentados a seguir, acompanharemos os modos como os residentes significam a entrada e a permanência dos pais na unidade e de que maneira são afetados por ela.

Extremamente necessária e ajuda na melhora do bebê. Acho que os pais transmitem uma energia, um positivismo que é diferente do nosso, né? Que é de pai para filho. (F.)

... é uma coisa que mudou aqui já um pouco. Porque no começo as visitas eram mais restritas, agora eles entram já com grande frequência dentro da Unidade. Isso, assim, até certo ponto, não sei, isso é válido, é importante, né? Pros cuidados do recém-nascido, para aumentar o vínculo, né, entre mãe e criança. Ao mesmo tempo, a gente tem dificuldade pra lidar com isso, porque muitas vezes a gente está no meio de um procedimento, numa coisa... por exemplo, no meio de uma reanimação neonatal, aí tem uns pais ali, do lado, então fica uma situação difícil de lidar... Porque a gente, realmente, a gente não tem preparação não tem formação para isso, para como lidar com isso. Acho que é uma coisa que precisa mesmo ter alguma mudança, porque do jeito que tá fica muito difícil... Eu acho que teria que ter, realmente, estabelecer mais horários para a gente estar dando informação e pra estar disponível... Aí, tem muitos também que não têm muita noção das coisas, às vezes você tá lá fazendo uma coisa de urgência, eles vão lá, te abordam, né? Isso também não é muito culpa deles, mas, é, fica complicado também. Sem contar que aqui, fica muito apertado também, muita gente dentro da Unidade. Não tem nem espaço certo para os pais ficarem, ficam numa cadeirinha do lado, mas é uma incubadora do lado da outra, isso também não é adequado. Alarme tocando o tempo inteiro, aquele barulho de aspirador. Então isso fica um ambiente bem estressante

também... porque fica muita gente é muito funcionário, aí tem mais os pais, mais a gente, todos os médicos. É muita coisa dentro de um lugar só. (B.)

...eu acho importante, porque eu acho que a gente, eles mesmos, principalmente as mães, né, conseguem ter uma consciência da gravidade. Conseguem acompanhar mais, e em alguns momentos eu acho que atrapalha, porque não é incomum você tá lá com urgência, e a mãe, tá lá, você tem que pedir pra ela se retirar mesmo, porque não dá. Mas assim, no geral, eu acho importante elas seguirem todo o tratamento que a gente tá fazendo, elas terem uma noção, não ficar com uma impressão. Ficar acompanhando mesmo, eu acho que isso é importante. (A.)

É... é... tem... tem os dois lados essa permanência do pai e da mãe, dentro da UTI... eu acho que pelo lado da criança, é bom, porque não é porque ele é pequenininho que ele não sente as emoções que você passa pra ele... assim, a criança sente... então, ele sente o carinho da mãe ali perto, ele sente o carinho do pai, mas, ao mesmo tempo, pra gente é um pouco complicado essa convivência... porque, muitas vezes eles não... não... não têm assim uma noção de que a gente não pode estar disponível pra eles 24 horas, que a gente tem várias outras coisas pra fazer... às vezes você tá cuidando de um outro bebê e eles te chamam no meio do procedimento... Às vezes você pede pra esperar um pouquinho, eles saem falando mal... eu acho que eles deveriam sim ficar com o bebê, mas, ter aquele horário onde a gente vá dar informações e esse horário ser respeitado, né... eles saberem que o médico tem outras coisas pra fazer, tem a própria vida... que muitas vezes, eles questionam... “Por que o médico não tá aqui?” Às vezes tá no banheiro, às vezes tá comendo... e, você não pode... Eu fico brava. Eu fico, porque eu acho que... assim... do mesmo... eu sei a angústia que eles tão passando, mas, infelizmente, eu não cuido só do filho deles, tenho um monte de criança pra cuidar... Eu engulo... eu engulo, não costumo explodir com o pai ou com a mãe, falar coisas pra eles não... (P.)

... eu estou reanimando um bebê, eu não posso parar de reanimar o bebê pra ir informar pai e mãe, é o que às vezes o pessoal não entende muito, é isso, entendeu?... Então, eu não tenho nada contra que os pais fiquem 24 horas, mas acho que pelo menos pra gente dar informações teria que ter um período... E, numa UTI você tem pacientes graves, você tem exames que você tem que colher naquela hora, você tem intercorrências que você não estava esperando. Eu acho que é só isso que me angustia. Mas eu acho que eu não tenho nada contra, acho que os pais têm que ficar mesmo, porque eu ficaria do lado da incubadora do meu filho 24 horas. (I.)

Seria interessante que eles pudessem permanecer na UTI o máximo de tempo possível, é importante pra criança, é importante pra equipe... eu só acho complicado estar conversando com os pais... todos os momentos... você cuida de vinte crianças e você é uma só e, são vinte pais mais vinte mães, mais vinte tios, mais vinte tias, mais vinte avós... então, não dá tempo... e é chato não ter uma norma, porque aí parece que você não quer dizer... não é você que não quer dizer, se você for dizer... você vai deixar de colher um exame, vai deixar de fazer um procedimento em outra criança... porque a gente quer falar e, às vezes a gente não pode falar... então, eu tento... no primeiro contato, amenizar e tornar claro pro pai, que não é não querer. Às vezes a gente não pode... (T.)

O conflito que está manifesto na relação com os pais pode vir a ser produtor de um constante mal-estar psíquico. Se por um lado os médicos-residentes entrevistados reconhecem a importância da permanência dos pais na unidade e se identificam com eles, por outro lado essa permanência atrapalha, irrita, testa, e é experimentada como uma demanda excessiva e intrusiva.

Vamos acompanhar mais algumas falas sobre esse tema:

Por um lado é bom, que eles entendem mais o que tá acontecendo. Eles participam do dia-a-dia, vê como é que a enfermagem trabalha com as crianças, vê a nossa parte ali. Acho que por esse lado é bom. Dá pra você explicar melhor. Mas por outro lado, tem muito pai que atrapalha muito. Por exemplo, tem uns que acham que você só cuida do filho dele... Acha que você não tá

dando atenção pro filho dele. “Mas você é médica, você tem que ficar do lado dele 24 horas, como não?” Não entende que tem outra criança mais grave. Esse lado é difícil... Às vezes eu peço pra esperar. Mas tem uns que não gostam de esperar. Eu me sinto mal, me sinto indignada, porque eles não veem nossa parte. Eles veem só a parte deles... Eles acham que médico não tem esse horário de almoço, de ir ao banheiro... À noite, tem que ficar todo dia à noite, porque você é a médica do filho dele... (O)



...Porque você explica que não pode entrar um monte de gente, por causa de infecção, que imagine se entrassem o vô, a vó, o tio, o primo de todos os nenês ao mesmo tempo, que iria virar, que bagunça que ia virar. Mas mesmo assim, eles querem ter, assim, a exclusividade. “Mas meu caso é diferente”... (O.)

...pra gente, quando nasce um bebê prematuro, acaba sendo mais um bebê prematuro, que a gente se importa muito mais com o neném do que com a família. Que a nossa emoção no momento é trabalhar pelo neném e não trabalhar pra família. De repente a família tá lá. Entendeu? O problema todo é esse... E os pais... eles não compreendem que o filho deles é prematuro para eles, mas é prematuro de outros bebês, eles acham... que eles estão sempre sozinhos naquela situação... É difícil por causa disso, porque eles sempre acham que o deles é o mais importante... (R.)

...assim, é que UTI é um ritmo muito doido, é uma coisa que a gente está sempre em constante... e olha pra aqui e olha prescrição e vê tudo e, então, acho que tem hora que é assim, um pouco pesado pra gente ter que explicar, parar e explicar, mas eu acho que a gente tem que tentar ao máximo... Mas eu acho, que a hora que a gente tá sobrecarregada a gente tem vontade de esganar o pai e a mãe... e dá muita dó, porque eles... na verdade eles são os donos, não nós... (M.)

...então, assim, se fosse meu filho eu gostaria de estar presente do lado dele... você percebe que a evolução de uma criança que tem carinho, é completamente diferente de uma criança, assim, não tem explicação científica pra isso ainda, né, mas é uma coisa que a gente nota; então, nesse ponto é essencial que a mãe esteja. Por outro lado, atrapalha bastante as rotinas, principalmente as mães muito inquisidoras, que perguntam muito, né... e, isso, assim, é meio que inevitável porque é uma situação de risco, né, é uma situação de gravidade, então é compreensível que a mãe esteja desesperada, que a mãe pare pra te perguntar um milhão de vezes as mesmas coisas e, no dia-a-dia, no cotidiano isso às vezes, isso te dá até uma angústia, porque você queria dar mais atenção pra ela, mas, se você parar pra dar atenção pra ela, você deixa de fazer o seu trabalho médico e de socorrer... (J.)

Notamos o conflito experimentado entre o reconhecimento e a empatia com a dor dos pais, e a indignação e o ressentimento com suas reivindicações. Transitam pela identificação com eles, colocando-se em seu lugar como ontologicamente iguais – *se fosse meu filho eu gostaria de estar presente do lado dele; é compreensível que a mãe esteja desesperada* – e, ao mesmo tempo, vivenciam o ressentimento e a raiva por não se sentirem reconhecidos como seres humanos iguais.

A rotina em uma unidade de terapia intensiva não permite que possam parar a qualquer momento para falar com os pais, eles têm várias crianças para cuidar, precisam comer, ir ao banheiro, têm limites e necessidades, enfim: são humanos. Os pais demandam, e os médicos parecem compreender seu nível de angústia, mas podemos levantar a hipótese de que a irritação e a indignação estejam associadas com o próprio ideal do médico de ter que dar conta de tudo, de ter que poder fazer e resolver. Ao se verem solicitados pelos pais e não poderem corresponder às expectativas, tomam essas demandas como crítica ou desconsideração.

Os fragmentos de discurso apresentados permitem-nos deduzir que os pais projetam nos médicos uma potência ilimitada, demandando um saber e uma disponibilidade incondicional e absoluta, o que certamente é resultante da sua própria impotência diante do seu filho. Penso que a dor e o sofrimento impedem, nesse momento traumático, que possam desviar o olhar para o outro – o médico ou outro paciente e seus pais.

Uma vez que a dor é narcísica, quando sofremos, retiramos nossos investimentos do mundo e os voltamos para nós. E é isso que suponho que ocorra nas entrevistas em que escuto os médicos se referirem, recorrentemente, à abordagem dos pais para saberem do seu filho – quando estão realizando um procedimento em outro bebê, como se esses pais fossem os únicos sofrendo e o seu bebê o único que necessitasse de cuidados – e à dificuldade para saírem da Unidade quando solicitados.

Tal como uma criança pequena demandante e dependente deposita na mãe todo o conhecimento e a disponibilidade para mantê-la, os pais dos bebês o fazem na direção do médico e, dessa forma, mostram-se exigentes, possessivos e ciumentos, pedindo certezas, soluções e garantias. As exigências remetidas aos médicos – especialmente aquelas que não podem ser satisfeitas – podem ser experimentadas pelo profissional como o não reconhecimento de seus esforços. Como já sublinhei, os pais podem personificar em suas demandas o próprio ideal do médico, que experimenta os seus próprios limites como um duro golpe, mobilizando angústia e sofrimento.

Impasses e muitos mal-entendidos podem, então, configurar-se entre os médicos e os pais dos bebês. Emerge, em várias entrevistas, o desejo de horários organizados para conversar com os pais, de normas de atendimento, o que podemos entender como a expressão da necessidade de um ordenador que possa pautar e dar contenção às relações, funcionando, assim, como uma mediação terciária.

Esse enquadre a que médicos e pais estariam igualmente sujeitos e que aponta o reconhecimento dos limites a que todos estão submetidos não impediria sua transgressão. A invasão de angústia, tanto no médico como nos pais, pode levar ao transbordamento, à tentativa de ruptura do enquadre – não como ato deliberado de ruptura, mas como ato que se impõe em função da impossibilidade de suportar esses limites. No entanto, a definição de contornos explicitados, que permitem uma ordenação das relações, possibilita também que se possa pensar e significar o que é mobilizado, seja no médico ou nos pais, quando o limite não pode ser suportado.

Nos próximos trechos acerca da permanência dos pais na unidade, a ênfase recai num aspecto significado como *bom* pelos entrevistados, isto é, como essa permanência pode ser experimentada como reasseguradora de seu empenho em cuidar do paciente:

...acho que pros pais é importante, porque alguns bebês são graves, de uma hora pra outra muda o quadro deles e, eles estando perto e vendo que a equipe tá se empenhando, acho que é importante... (G.)

...Eu acho importante eles tarem dentro, pra eles verem a evolução, verem que realmente a gente tá investindo no bebê, que a gente tá trabalhando em cima, e acho que pra eles dá uma segurança... pra eles também e pro bebê. O bebê fica muito mais calmo quando os pais estão presentes também. Acho isso importante, o vínculo que vai causar depois, mas mesmo nos casos mais graves acho que... acho um momento importante pra mãe tá perto... (S.)

...eu acho que é bom... eu acho bom... porque são bebês, que eles têm alterações muito... muito constantes, assim... eles têm mudança no quadro deles é muito... rápido... né, eles... eles... têm alterações muito rápidas e é legal que a mãe esteja presente, porque a gente sempre consegue passar informações pra ela, sempre que alguma coisa muda... ela vê como que tá o bebê, a evolução dele... então, tanto quando evolui bem, quando evolui mal... ela tá sempre ali do lado do bebê... eu acho que ela consegue dar um seguimento melhor, acho que ela entende melhor o que tá acontecendo do que se ela viesse poucas horas durante o dia... elas percebem, que a gente tá fazendo tudo pelo filho delas... (V.)

Eu acho que é importante, porque aí eles estão vendo a maior parte do processo que a criança tá passando, tudo o que tá acontecendo com ela, assim, acho que é... não só a questão do direito, mas acho que você ficar do lado de fora, você fica só fantasiando, você entrar lá, mexer na criança, tocar na criança, perguntar, ver o que tá acontecendo realmente... então, eu acho que é muito mais... a doença, a criança, assim, fica muito mais palpável, né, porque eu acho que você fantasiar o que tá acontecendo, lá fora, eu acho que deve ser a pior coisa assim de tentar... “será que... O que será que tá acontecendo com meu filho... Será que eles...” Acho que é você dividindo com eles a história da criança, o que tá acontecendo, o que tá sendo feito, acho que eles se sentem um pouco a par, eu acho; eu acho, eu tenho essa impressão, eles participam do tratamento da criança (L.)

Nesses fragmentos, a permanência dos pais na unidade tem como foco a importância do seu olhar para o empenho do médico. Um olhar que não é sentido como

excessivo, mas como proteção, contenção e legitimação do cuidado médico ao bebê. Os pais testemunhando que há esforços, mesmo quando os resultados são diferentes do desejado, tornando os pais e os médicos menos onipotentes. O foco no poder para salvar, evitar sequelas, ligado ao próprio ideal desloca-se para o poder cuidar, que não traz em si a completude, mas o limite do médico e da medicina. Apesar de estarem fazendo o possível para a manutenção da vida e da qualidade de vida do bebê, há limites a que estão submetidos.

Como descreve Martins (2003), a atividade assistencial constitui-se tanto como fonte de gratificação como de estresse; fonte, portanto, de prazer e sofrimento. O autor ressalta como fatores gratificantes: diagnosticar e tratar corretamente; curar; prevenir; ensinar; aconselhar; educar; sentir-se competente e receber reconhecimento. Como fatores estressantes aponta: o contato frequente com a dor e o sofrimento; a lida com a intimidade corporal e emocional do paciente e seu entorno e com suas expectativas; o atendimento de pacientes terminais, pacientes “difíceis” (não aderentes ao tratamento, hostis, agressivos, depressivos, autodestrutivos) e o convívio cotidiano com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial.

Nos próximos trechos outro aspecto será ressaltado, isto é, a identificação dos médicos com os pais naquilo que pode vir a ser excessivo para eles na permanência na unidade:

...Se por um lado às vezes aumenta mais o vínculo médico-paciente, às vezes expõe por que... é, não sei se... por exemplo, a gente recentemente perdeu várias crianças por sepse tardia, então aquelas mães que estavam ali todos os dias, uma amiga da outra, porque ficou o tempo todo aqui, viu que o filho de uma morreu, o filho de outra morreu, e ela preocupada se o dela não ia ser o próximo, então, quando eles tão o tempo todo aqui, isso fica muito mais nítido do que quando você só tem o horário de visita, então, nesse sentido, expõe mais, não só o médico, a unidade toda, de tudo o que está acontecendo ali. Não só o médico, principalmente a unidade toda, o funcionamento daquela unidade. (E.)

...Eu acho que isso é bom... assim, porque de certa forma você diminui certa angústia da mãe, de não saber exatamente o que está acontecendo, mas... é... por outro lado você aumenta a ansiedade à medida que as coisas acontecem

quando a criança é muito grave... porque a mãe vê a criança afundando toda hora, entendeu? E ela vê toda hora um monte de gente em cima da criança e, fazendo um monte de coisa, então nesse momento, às vezes eu acho que era melhor eles não tarem presentes, né... Nesse momento muito grave, mas eles têm o direito de estar lá... Eu acho que tem hora que é bastante difícil. Então, tem determinado momento que a mãe tá lá, vamos supor que a criança para e, você tem que pedir pra mãe sair! Tem mãe que não quer sair, que quer ficar lá. E aí você está lá reanimando a criança que às vezes não volta que tá morrendo e a mãe tá aí do seu lado, desesperada, “pelo amor de Deus Doutora”, e não sei o quê não sei o quê lá... (N.)

A impotência dos pais, o seu desamparo diante da doença e da morte, atinge também o profissional, para quem, nesse momento, o testemunho dos pais pode ser excessivo e angustiante. O trabalho da equipe de assistência ficou muito mais exposto aos “olhares dos pais”, e isso sem dúvida tem efeitos na atuação do médico: *expõe mais, não só o médico, a unidade toda, de tudo o que está acontecendo ali... E aí você está lá reanimando a criança que às vezes não volta que tá morrendo e a mãe tá aí do seu lado.* Os médicos podem tanto sentir-se reconhecidos quanto acusados, assim como o nascimento de um bebê prematuro, pode ser experimentado, fantasiado pela mãe, como uma confirmação de sua incompetência em produzir e gerar um bebê “saudável e a termo”, mobilizando angústias e levando-a a interpretar os olhares da equipe como acusatórios. Aqui os lugares apresentam-se de forma invertida. Ao não poder salvar ou evitar sequelas, os profissionais podem interpretar os olhares dos pais como acusatórios de uma falta, ou como solidários no entendimento do empenho e do limite. Os novos paradigmas, as novas questões que suscitam, podem resultar em crescimento do profissional ou no acirramento das defesas, aspecto que será retomado no transcórre deste trabalho.

3.2 - A comunicação do diagnóstico: o que os pais devem saber?

Antes de iniciar a apresentação desta categoria de análise, vejamos o que é vedado pelo Código de Ética Médica (2010) no Capítulo V, referente à relação com pacientes e familiares acerca da comunicação do diagnóstico e do prognóstico do paciente:

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Passemos à apresentação:

Tudo. Tudo. Tudo, não pode esconder nada deles... porque como é que você vai esconder? Não tem como esconder nada... e quando o bebê entra na UTI, eu já falo: “Olha, teu filho é prematuro a chance dele ter infecção é muito alta, a chance dele ficar muito ruim é alta, é perigo ele ter sequelas, ele pode melhorar, mas por ter ficado na UTI ele pode ter problema no pulmão, no cérebro”. Eu já aviso... quando entra... (C.)

...você sabe o que vai acontecer e o que não vai, mas nada é 100%. Então, assim, eu costumo preparar os pais meio que pro pior, quando é prematuro, assim. Porque eu sei de todas as complicações que podem acontecer, então no primeiro momento, o nenê pode ir bem, mas depois ele pode complicar. E aí, eu sempre deixo claro tudo que pode acontecer, pros pais dos nenês que eu estou cuidando, né? Tudo!... que pode sangrar a cabeça, que pode sangrar o pulmão, que pode isso, que pode aquilo, mas que muitas vezes a gente se surpreende,

porque muitas vezes não acontece nada disso, entendeu? Mas, muitas vezes também complica, piora. Então, assim, acho que é sempre bom deixar preparado e consciente de tudo que pode acontecer, de tudo de ruim, também. E se aquilo não acontece, é uma surpresa, a mãe vai ficar feliz, mas se a gente não prepara e acontece uma coisa ruim, parece que eu me sinto traindo, né, a confiança dos pais. Então, eu acho que é isso, assim, nada é 100% em medicina. Então, essa é uma dificuldade que eu tenho. Eu já tive criança que tava muito mal, que eu chamei os pais de madrugada, que eu falei que talvez não sobrevivesse, que tá lá até hoje... é ruim, porque muitas vezes a gente vê que a gente também não tem certeza de nada, né? A gente, apesar de estudar, a gente ter feito medicina, de estar fazendo neonatologia, e de saber muita coisa teórica, né? Mas muita coisa é imprevisível, né? Angustia... porque, ah, você vê que não é tão enorme, não é tão conhecedor, você não domina tanto a situação... (A.)

Geralmente, por estar em UTI, eu sinto, assim, que é mais fácil, acaba sendo mais fácil até você piorar um pouco a situação, a condição, e aí, dependendo da resposta da criança, se for melhor, melhor, entendeu? Mas eu sinto isso, que a gente sempre tem que dar uma reforçada, mais pelo lado negativo, de um jeito que não vai machucar os pais, na medida do possível, porque é o filho deles. Mas assim, sempre acabo dando, não uma piorada, mas um alerta de que está numa UTI, por melhor que esteja o bebê, está numa UTI, pode piorar, pode melhorar... (H.)

Acho que é importante assim, ser dito tudo que é... O que a gente sabe de prognóstico, os casos mais graves... O problema é como... Eu acho que tem que saber de todos os riscos que o bebê tá correndo, porque no caso de repente ele vir a óbito é uma forma assim, do pai já tá um pouco preparado e da gente também tá se resguardando nesse sentido... (S.)

Olha, se está na UTI, o bebê está grave... não pode estar bem! Então, eu trato de enfocar como que seu bebê... para que o pai saiba a responsabilidade do

médico frente ao seu bebê e, o perigo que o bebê corre numa UTI Neonatal. Seja pela patologia, que ele está aí... e também pelo ambiente, que é um ambiente como em qualquer outra UTI Neonatal com contaminação e tudo o mais... e quando o bebê sai da UTI, é um conforto, porque o pai sabe que foi feito um trabalho legal na UTI... (U.)

O falar “tudo”, paradoxalmente, aparece como uma predição, um vaticínio, que difere da comunicação de um diagnóstico sabido, ou de um prognóstico advindo deste: *teu filho é prematuro... perigo ele ter sequelas, ele pode melhorar, mas por ter ficado na UTI ele pode ter problema no pulmão, no cérebro... Tudo!... que pode sangrar a cabeça, que pode sangrar o pulmão, que pode isso, que pode aquilo.*

Um bebê internado na unidade de terapia intensiva é, na maior parte das vezes, um bebê de risco. Risco para possíveis sequelas, para o desenvolvimento, para a vida. No entanto, a antecipação do que pode vir a acontecer, tal como expressa nos fragmentos acima, pode indicar uma tentativa de controle do médico diante da angústia que é mobilizada pelo não previsível, uma tentativa de se protegerem do próprio desamparo que o submeter-se aos limites do “não saber” provoca. Além disso, parecem supor que a confiança que os pais depositam neles está sustentada em um conhecimento suposto incondicional, assim como na crença de que se os pais souberem de tudo o que pode vir a acontecer, isso poderá protegê-los do sofrimento ou ao menos amenizá-lo, caso o anunciado se confirme.

O nascimento de um bebê tão pequenininho, tão diferente do bebê gordinho, bonitinho, forte, que pode respirar sozinho, implica a perda e, portanto, o luto do bebê desejado, indicando um profundo hiato entre o bebê esperado-sonhado e esse outro que chega sem ser esperado, no lugar de quem era aguardado; a criança marcada no seu corpo seja pela prematuridade ou por alguma alteração orgânica. Nessa cena imprevista e realizada há uma recorrente fantasia materna de fracasso e incapacidade. Frequentemente, as mães sentem-se culpadas, deficientes e deficitárias (Battikha, 2003). De maneira análoga, os residentes podem sentir-se responsáveis e vivenciar como fracasso e/ou incapacidade pessoal o que não podem controlar, evitar ou prevenir.

O temor à morte, bem como o temor de doenças que possam deixar sequelas e limitar nossas vidas são inerentes a todos nós. Sabemos que iremos morrer, assim como tememos pela perda das pessoas queridas, mas não sabemos como e nem quando. Esse é um enigma que tentamos apreender e dominar de diferentes formas, nas religiões, no

desejo de transcendência através de um filho, nas escolhas profissionais, etc. Contudo, há algo que nos escapa e, de repente, nos vemos novamente expostos, impotentes, sem defesas, diante do desamparo da morte, diante de um recém-nascido que pode morrer, agora, apesar de todo o conhecimento e da tecnologia disponibilizada pela medicina e pelos cuidados dedicados ao bebê.

Os fragmentos abaixo são indicativos do desamparo diante da morte:

...Você tem que falar tudo o que está acontecendo, você tem que ser muito clara, dizer realmente o que está acontecendo e nem sempre eles entendem, né!... Então, assim pelo menos eu sempre tento deixar da maneira mais clara possível a realidade, de que realmente a criança pode morrer, né... (N.)

A gravidade. Acho importante que compreendam a gravidade. Não a doença em si, mas a gravidade, a possibilidade da morte. Acho que às vezes isso é o mais difícil de aceitar, que pode morrer... E eu acho que a expectativa do recém-nascido é muito grande. Quando a criança é grande e morre, por exemplo, uma criança de dois anos, os pais sofrem muito, porque voltam pra casa, tem todas as coisinhas da criança, tudo. Mas do recém-nascido, eu não sei o que é pior, por que por um lado você pensa: “Ah, a criança não chegou a ir pra casa”, mas a expectativa era muito grande... (H.)

O nascimento de um bebê porta tanto o futuro da linhagem parental, como o “sustentar” da continuidade e da imortalidade da humanidade e, simbolicamente, a transcendência de cada um dos sujeitos singulares envolvidos nesse nascimento, pais, familiares e profissionais. De diferentes maneiras, todos são revalorizados e mais uma vez “driblam” a morte.

O dizer “tudo” parece, desta forma, associar-se à descarga da angústia mobilizada no profissional que pode a qualquer momento ser surpreendido pelo imprevisível, pela morte. Esse “tudo” pode ser então uma tentativa de vencê-la, podendo antecipar-se a ela. *Há muita incerteza; não há previsão para nada porque, às vezes, você conversa de manhã, o bebê está bem, à tarde o bebê está morto.*

Esses limites podem ser experimentados pelo médico como uma ferida narcísica a partir do momento em que não corresponde aos seus ideais projetados no “ser médico”, desencadeando defesas psíquicas. O falar tudo poderia significar, então, um saber que tudo contempla na explicação, no dizer diagnóstico, e que funciona como uma confirmação de competência. Não é fácil para o profissional suportar e estar submetido a esse desconhecimento. Procuramos nas ciências certezas que possam nos dar sustentação e amparo, mas somos apanhados – para além de todo nosso conhecimento e das intervenções que possam possibilitar – pelo que surpreende e que não depende do nosso empenho ou desejo.

Essa impossibilidade pode vir a transformar-se num sentimento de incompetência, em contraposição à potência almejada. Os médicos ficam expostos não só ao sofrimento psíquico dos pais como ao seu próprio sofrimento, que pode resultar excessivo e, conseqüentemente, levar à descarga da angústia, sobretudo na forma de fazer as comunicações aos pais.

A antecipação de um prognóstico, que não é confirmada pela evolução do caso, não se dá sem conseqüências. Klaus e Kennel (1992), ambos pediatras, apontam para casos nos quais profissionais expressaram suspeitas diagnósticas, mas, posteriormente, ao descobrirem sua incorreção, constataram que não podiam convencer os pais de que a criança não tinha o que fora antes diagnosticado, e mesmo após muitos anos a suspeita era mantida.

Poderemos notar nos trechos a seguir um contraste com as falas anteriores, indicando uma percepção que aponta para o “não falar tudo” em contraposição ao “falar tudo” para os pais:

...tentar que aquele dano cerebral seja o mínimo possível, compensar o bebê como um todo, informar os pais a chance que o bebê tem, sem falar nada sobre o futuro, porque na neonatologia é uma caixinha de surpresa. Mas, sempre assim, pode ser, pode ser que aconteça, pode ser que não aconteça... Então... para que o pai tenha aquela janelinha de esperança, né... e, não se descuide, continue com o controle com o neuro... Eu acho assim, tudo o que nós falarmos nesse momento, vai ser... assim, um selo... então, assim, se falarmos a mais, com certeza o bebê já vai estar com diagnóstico fechado para a mãe... Mas, sempre com aquela esperança... porque se você fala... “Ó, teu

filho não tem... então, a mãe vai... pronto, abandona... Que eu vou fazer? Vou gastar passagem com metrô, tudo... e meu filho não vai falar mesmo... meu filho também não vai andar não, entendeu?” Então, sempre aquela janelinha de esperança, para ela continuar, né... (H.) (Revejam a fala de H. na p. 27).

...Eu acho uma brutalidade virar para um pai, uma mãe que tiveram um parto prematuro... e dizer pro pai e pra mãe... “Olha, teu nenê agora está bem, mas ele pode ficar cego, que ele pode ter retinopatia da prematuridade, ele pode ficar dependente de oxigênio, ele pode sangrar pulmão, ele pode sangrar intestino, ele pode...” Eu acho que se a gente tivesse o direito de não falar tudo isso... ia ser menos sofrido, pelos pais... (T.)

Continuando com a fala de T. para um pai:

“Pai, se o nenê nasceu antes do tempo, seu nenê tem riscos, é um nenê de UTI... Que é que você quer saber sobre o seu nenê?” E o que ele me perguntasse, eu responderia... se ele me perguntasse: “Tem risco de ficar cego?” Eu responderia. Mas, não falaria: “Pai... ó... tem risco de ficar cego...” Se ele me perguntasse se tem risco de ficar dependendo de oxigênio, ficar sempre no hospital, eu responderia e... não, ao contrário... e toda vez que a gente dá ao pai, pelo menos eu, a maioria das vezes que a gente dá ao pai... você quer me fazer uma pergunta: a pergunta é:... “Quando é que ele vai mamar? Ele vai ganhar peso? e... Posso trazer roupinha?” Ou seja, os pais não querem saber se ele vai ficar cego, se ele vai sangrar, eles não querem aquilo naquela hora, e você é obrigada a dizer... eu acho uma agressão... Eu acho que com nós profissionais isso é positivo... eu acho que eles não fazem uma relação ruim com a gente... acho que eles sentem que a gente tá sendo sincero, que a gente conhece, que a gente sabe, que a gente é capaz... Agora, com a criança, eu acho que corta o vínculo... Eu acho que ele começa a imaginar uma criança que vai ser doente, que vai ser cega, que vai ser deficiente, eu acho que corta o vínculo...



...quando já nasce uma criança sequelada... aí as coisas já são mais fáceis... porque você não vai falar do que pode acontecer... você tá falando do que aconteceu... isso é palpável pro pai, e ele não vai sofrer por uma coisa que vai acontecer, ele vai sofrer por uma coisa que está acontecendo...

As suspeitas, antecipações, que podem recair sobre o desenvolvimento do bebê, apesar da sua não confirmação, podem ter um efeito auto-realizável, implicando uma antecipação de fracasso, como afirma Jerusalinsky no parágrafo abaixo:

O que se espera, o que se imagina do futuro de uma criança, é posto em jogo em cada uma das demandas que lhe são supostas e que lhe são dirigidas. Por isso, as mesmas podem ser silenciadas quando se supõe que o bebê é incapaz de produzi-las ou a elas responder. E assim, tal incapacidade pode acabar cumprindo-se no bebê- mesmo que não haja nada da patologia orgânica que assim o determine... (2001, p. 39)

As palavras ditas pelo médico aos pais são extremamente importantes. Nesse momento em que vivenciam tanta impotência em relação ao seu filho internado em uma unidade de terapia intensiva, ao médico é atribuído um lugar não só de potência, mas de onipotência e onipresença. Compartilho com Cabassu (1997) seu ponto de vista sobre o poder singular dessas palavras ditas no entorno do bebê, que podem assumir, sem que se saiba ao dizê-las, uma dimensão oracular, mostrando-se determinantes para o futuro dessa criança.

Os pais projetam nos filhos suas expectativas e desejos. “Você vai ser muito inteligente, bonito, respeitado...” Inúmeros são os projetos quanto ao que ele poderá vir a ser, com quem se parece ou parecerá na família e fora dela. Essas “palavras” marcam o bebê a respeito do que se espera dele, do que se sonha para ele e, conseqüentemente, marcam sua subjetivação. Nesse momento fundamental da constituição do vínculo e da aposta no bebê, o que os pais escutam, bem como a maneira como se dá a comunicação médica são de importância crucial e têm um grande impacto.

As mães atribuem significado ao diagnóstico a partir de sua própria subjetividade. Quando o médico faz uma comunicação diagnóstica, ou prognóstica, seja

para a mãe de um bebê, seja para qualquer sujeito acometido por uma doença, não sabe como seu diagnóstico será significado, dado que cada sujeito tem uma experiência singular acerca de sua doença. É fundamental que os médicos possam perguntar aos pais sobre o que sabem a respeito da doença, se já ouviram falar dela, se alguém que conhecem já teve esse diagnóstico, o que gostariam de perguntar, bem como acompanhar seu entendimento do que foi comunicado. As palavras da comunicação do diagnóstico não têm o mesmo sentido independentemente de quem as ouve; incidem de diferentes formas a partir dos desejos, dos temores, da maneira como se inscrevem na história de vida de quem as significa e têm, conseqüentemente, diferentes efeitos na constituição do vínculo mãe-bebê.

Identifico nos fragmentos que a necessidade de dar informações muito detalhadas e de tantas vezes anteciparem diagnósticos corresponde mais a uma angústia dos médicos do que dos pais. O médico pode entender que explicar de maneira exaustiva o diagnóstico – e um possível prognóstico – é uma forma de garantir, na relação com os pais, a confiança em seu conhecimento e dedicação ao paciente. Podem ainda supor que esse conhecimento consiga, como já referi anteriormente, poupá-los de sofrimentos futuros.

No entanto, se, por um lado, os pais não conseguem metabolizar tantas informações de uma vez, sobretudo nesse momento de excesso de dor, por outro lado, é necessário também que uma fresta, uma abertura seja respeitada, para que o investimento no bebê seja possível. Qualquer criança, se não for investida, demandada, desejada, se alguém não apostar em suas possibilidades, não irá aprender e desenvolver-se naquilo que potencialmente poderia, donde decorre a importância da comunicação não exaustiva e não preditiva, que possa preservar uma capacidade imaginativa, que possibilite o investimento no bebê.

Acompanhemos mais algumas falas, focadas agora nas dúvidas acerca da evolução diagnóstica do bebê:

...Que o bebê prematuro é prematuro, que um bebê prematuro é um paciente grave só por ter sido prematuro. Eles não entendem isso, eles entendem que o bebê está lá, respira e come está bem... não é! Ignorância mesmo... porque é muito difícil você estar olhando para um neném que você acha que está bem e parar para pensar que ele vai ter milhões de percalços no caminho até ter uma alta e que você não tem como dizer, que apesar do bebê estar bem, que ele vai

ser um bebê que vai estar bem no futuro, que vai ser uma criança saudável.
(R.)

...Muita incerteza. Porque às vezes fala assim, hemorragia grau quatro, vai ter retardo, vai ter complicação, mas você faz o próximo ultrassom, melhorou. Eu não sei se eu estou agindo correto, mas teve uma hemorragia grau quatro, eu já explico e já explico o que pode acontecer. Eu tenho que falar que às vezes aquilo pode melhorar, mas que aquilo pode ser complicado. E às vezes melhora, às vezes não. (A.)



Então, aí é uma angústia pra gente, porque você sabe que vai ter uma sequela, mas exatamente como que vai ficar você não sabe. Então, é uma coisa que você tem que dar certo preparo, e muitas vezes a mãe não ouve, não quer ouvir... Eu tive uma criança que era prematurinha, e não tava indo tão bem, mas na hora que eu fiquei sabendo que tinha tido hemorragia grau quatro, eu fiquei superchateada. Porque é uma coisa que é uma complicação da prematuridade, meio que independe da gente, né... E aí, você tem que dar a notícia pros pais, pode ter, mas às vezes também recupera. É um ambiente de muita incerteza, sabe, assim? (A.)

...porque às vezes, você conversa de manhã, o bebê está bem, à tarde o bebê está morto; então, acho que assim, pra você também tirar um pouco da sua responsabilidade... às vezes você tenta falar os pontos positivos, eles querem muito ouvir os pontos positivos, ganhou peso, tá com uma... muitos deles ficam olhando até quanto de oxigênio que tá usando, eles perguntam, aí eu falo... mas, importante também você falar que o bebê tá grave e não dar falsa esperança... acho que falar pra eles, que não tem previsão pra nada na UTI, eu acho que isso é importante falar. (G.)

A referência à incerteza assim como a necessidade de proteger-se dela é recorrente nas falas dos residentes. Vejamos como os próximos depoimentos refletem essas questões:

...“E aí, meu filho vai viver? Você acha que eu devo ficar aqui com ele, ele não vai se apegar mais, não vai sofrer mais?” Já vem com isso na cabeça. E a gente: “Infelizmente, a gente não pode afirmar nada”. Fechar prognóstico acho que isso não pode de jeito nenhum, porque se você fala: “Não, realmente, é uma criança que não vai ter prognóstico, que é muito grave, que não sei o quê”... E a criança sobrevive, aí “aquele médico falou que não ia viver, aquele médico, imagina... Se dependesse dele, acho que meu filho não ia sobreviver porque ele achava que não ia sobreviver”. E dependendo de como você fala, apesar de ser grave, os pais: “Não, eu sei que é grave, mas sei que estão fazendo alguma coisa por ele.” Então, se acontece alguma coisa, “Não, mas o médico estava fazendo alguma coisa, foi porque realmente não teve jeito”. Então, acho que essa relação de os pais confiarem em você depende muito da maneira como você passa o diagnóstico para eles... (E.)

...eu explico muitas vezes, quando a criança tem sangramento, que a gente vai ter que acompanhar o sangramento, pode complicar, mas ele pode reabsorver. Se ele reabsorver a criança pode ser normal, mas se complicar às vezes a criança pode sair com alguma sequela que não dá pra saber agora. Às vezes a criança pode não andar direito, pode não falar direito. Você falando desse jeito, a mãe sai achando que o filho não vai andar, não vai comer, não vai falar... Aconteceu um caso aqui de uma mãezinha que tem um nenê com síndrome de Down. Só que teve outras coisas junto. Então ela achava, ela ia ali, parecia que ela vinha por obrigação, não conversava com a criança, só olhava... Eu acho que nunca ninguém chegou e sentou pra falar com ela: “Você sabe o que é Síndrome de Down? Você sabe o que seu filho tem?” Porque o dia em que... Eu falei: “Gente, acho que essa mulher não tá entendendo.” Aí, o contratado e eu sentamos com ela e falamos: “Você sabe o que é Síndrome de Down? “Sei.” “E o que você acha da sua criança?” “Eu sei que ele não tem muita chance, que ele não vai sair daqui, se ele sair vai ficar de cama...” Não era aquilo. E depois

que a gente explicou pra ela, ela começou a vir sempre, o tratamento, o relacionamento dela com o nenê mudou, e a coisa teve uma melhora... Eu acho que a mãe e o pai interferem muito. (O.)



Falei, gente, você tem que explicar direito para o pai e para a mãe. Conversar direito. E sempre quando você acabar de conversar, perguntar se tem alguma dúvida, tenta esclarecer o máximo, porque às vezes eles vão pra casa pensando uma coisa totalmente diferente. Interfere no relacionamento deles com a criança, interfere no tratamento, porque eu acho que toda criança, se tem um pai ali, dando uma força, e conversando, isso, a criança melhora muito mais rápido... (O).

Podemos constatar, neste momento da análise do material, que, ao mesmo tempo em que é fundamental a definição do limite que afeta a criança, faz-se igualmente importante escutar os pais, e entender como estão significando as palavras do médico. Essas afirmações derivam para uma discussão fundamental e inevitável: como pode o médico fazer essa escuta dos pais? Acredito que possamos avançar na discussão dos recursos disponibilizados aos médicos para sua formação na abordagem das próximas categorias.

3.3 Impasses entre médicos e pais de bebês na comunicação do diagnóstico

Frequentemente os neonatologistas relatam que após fazerem a comunicação de um diagnóstico ou prognóstico grave a mãe pergunta quanto o bebê engordou; se, tirando a cabecinha – uma hemorragia grave –, o resto está bem; se o cabelinho dele vai crescer; sobre a babinha no canto da sua boca ou quando ele vai para casa. Nos trechos destacados a seguir, podemos observar a emergência dessa questão.

A gente chamava de chata porque ela fazia um milhão de pergunta, ela perguntava até da babinha que tava na boca, a gente falava: “Meu Deus! Tanta coisa importante e ela pergunta da babinha da boca...”(J.)

...eu acho que eles fazem um bloqueio, você fala assim: “Não tá bem, não... não sei o quê, não sei que lá”, “ah, mas e o pulmão, está bem?” Tipo assim, você falou que sangrou a cabeça, que ela não está bem, que está convulsionando, “ah, mas e o pulmão, melhorou?” Então, acho que eles têm muitos sonhos, entendeu? E eles não caem na realidade, e a gente por mais que explique, por mais que fale, eu acho que é isso, eu acho que cria um bloqueio, eu acho que eles escutam o que interessa, só... eu me colocaria nessa posição, porque eu também só ia querer ouvir as coisas boas, não essas partes ruins, né... (M.)

...é que às vezes, eu acho que os pais negam muito, né... se é uma coisa muito grave... você fala com ela: “O bebê teve uma hemorragia intracraniana, é grave...” nenhum pai aceita isso, nenhuma mãe aceita... que seu filho vai ter sequelas, futuramente... Então, você explica e não entra na cabeça dela... porque, na cabeça dela, aquilo não vai acontecer... então, eu acho, que é mais

uma negação dos pais, né... de não... isso não vai acontecer... isso não pode acontecer... e aí acaba, né... dá aquele conflito... você explica e ela não ouve, porque não é isso o que ela quer ouvir... mas, também não dá pra gente falar outra coisa que não seja a verdade, né... a gente tem que falar a verdade... Já aconteceu... Eu já tive um bebê muito grave... tive que falar pra mãe: “Olha mãe: o bebê tá muito grave, e a gente não sabe se ele vai sobreviver...” aí ela pergunta: “Ah! ele engordou hoje?...”(C.)

A questão mais complicada do pai é aceitar que a criança não está bem... eles não aceitam, e eu acho que até é uma atitude normal... Quando tem algum pai, que você fala: “Olha, pai teu filho tá mal...” ele fala: “Tá bom, Doutora”. Esse pai é aquele que a gente olha, tem que tomar cuidado... dar uma olhada no vínculo... mas isso é complicado porque você fica com receio de... esse pai não tá sabendo da gravidade do quadro... se ele receber um telefonema no meio da madrugada como ele vai reagir? Como ele vai entender? A gente fica preocupada do que vai acontecer num caso de piora, que na Unidade de Terapia Intensiva pode piorar a qualquer momento... (T.)

...às vezes a gente chega pras mães, fala da gravidade, do problema, que talvez a gente não consiga salvar, ou que talvez ele vá ficar com uma sequela importante. Em seguida, elas perguntam: “Mas, quanto ele tá pesando?” Então, você percebe que você falou, falou, e elas não entenderam nada. Na verdade, pra gente, é uma grande frustração, você não poder atender ao que aquela mãe estava querendo, aquelas expectativas. Por outro lado, você tem que deixar os pais conscientes da realidade, né? Porque na hora que ele for pra casa, é aquele filho que ele vai ter. (I.)

A primeira questão a ser considerada é que os médicos têm que comunicar o que sabem a respeito do diagnóstico, e a segunda é que essa comunicação não corresponde ao desejo dos pais e, como veremos no transcórre deste texto, tampouco corresponde

ao desejo do médico. Cada um está no seu devido lugar: os médicos eticamente comprometidos com o dever dessa comunicação e os pais se defendendo da angústia e do sofrimento. Portanto, como salienta C., *dá aquele conflito... você explica e ela não ouve*. O que podemos supor acerca dessa situação? Como trabalhar o conflito que se estabelece?

Para o médico, responsável pela comunicação do diagnóstico, não é fácil compreender e diferenciar o que determina a não compreensão dos pais acerca do que foi comunicado: se a dificuldade de entendimento formal, se as defesas, se o fato de se tratar da ilusão presente em qualquer nascimento, seja ele ordinário ou não:

É do ser humano mesmo, né, a gente passa pela fase da negação... mas, algumas mães parecem que nem te ouvem... Parece que ela não tá nem te... não sei te expressar em palavras na verdade... parece que ela ouve, ouve, mas não tá te ouvindo... Alguns casos eu acho assim... que é falta de instrução; em alguns casos, mais de negação mesmo; às vezes, fica meio complicado distinguir qual que é qual... (S.)

...eu acho que realmente tem muita gente... mãe, pela população que a gente lida, que realmente não tem condições de entender o que a gente fala, entendeu?... Que realmente não entende! Não entende porque não entende! Porque não estudou, porque vive na rua, porque usa droga, eles não têm capacidade de entender o que você está falando. Agora, o que eu acho das pessoas, que eu acho que tem a capacidade de entender é que... não é aquilo que você espera, né? Nenhuma mãe quer que seu filho nasça... e vai pra UTI e fique grave e, corra o risco de morrer... então, acho que a negação vem disso... Toda mãe quer que a criança nasça e fique com ela no colo e, amamentando e vá pra casa e acabou... então, acho que é daí que vem a negação. (N.)

...mas acho que muitas vezes eles não têm um preparo para... a gente tenta falar numa linguagem, um jeito fácil de compreender, mas às vezes isso não se consegue. Também, é um susto, também, num primeiro momento. Então, é um

pouco difícil mesmo de ter essa conversa. Por isso que a gente tem esse grupo de pais que isso também ajuda bastante, no entendimento deles. Muitas vezes têm as mães que já são acompanhadas desde o pré-natal, na medicina fetal, quando a criança já tem algum problema, então já é feito todo um preparo antes. Mas é um pouco difícil mesmo de estabelecer, de conversar... porque muitas vezes a gente fala na linguagem deles, eu costumo falar bem simples, sem falar nos termos médicos... Mas eu acho que a primeira coisa é a negação que você tem né? E que depois que vai absorvendo um pouco as informações” (B).

Para que possamos pensar esse impasse que se instaura entre o que é comunicado pelos médicos e o que é ou não escutado pelos pais, faço algumas considerações acerca desse tema, que tanto tem repercussões na constituição do vínculo pais-bebês, como na relação médicos-pais, pais-médicos. Inicialmente discorro acerca do que está imbricado na escuta dos pais acerca do diagnóstico para, em seguida, abordar o que esse impasse provoca nos médicos.

O nascimento de um bebê prematuro, de extremo baixo peso, que corre risco de vida, de ter sequelas decorrentes da prematuridade ou que nasce com alterações orgânicas, impõe o real desse corpo, olhado muitas vezes como um corpo deficiente ou deficitário. Os pais, diante do luto pela perda do bebê gordinho, saudável, podem não conseguir imaginar esse outro bebê, inesperado, como uma criança sobre a qual recaem desejos, projetos, representações e fixar seu olhar naquilo que, para eles, no bebê falha.

Quando os pais olham para seu bebê, num nascimento ordinário, não veem um corpo orgânico, mas um bebê que é coberto com um manto de atributos, de projetos, de futuro. Como seus olhos são expressivos... como ele é vivaz... vai ser muito feliz e realizado... parece tanto com seu avô... vai ser uma pessoa boa. Mantém-se, dessa forma, um encanto que sustenta uma aposta antecipatória nesse bebê, o seu filho.

Na linha dessa mesma perspectiva há um compartilhamento social contencioso da ilusão materna. Quando a mãe diz que se trata do bebê mais lindo do mundo, ninguém tenta fazê-la ver que as orelhas de seu filho são um tanto tortas. Diferentemente, quando nasce um bebê com problemas ou quando um bebê tem sequelas decorrentes da prematuridade extrema, há uma grande dificuldade do entorno para manter qualquer ilusão materna acerca de seu bebê; ilusão que repetidas vezes é refutada diante do impacto da condição.

Parece difícil supor quando de um nascimento diferente, que a mãe possa cobrir de atributos seu bebê, manter sua possibilidade de fantasiá-lo. Não se trata aqui do não saber que a criança tem problemas e que corre riscos, mas de um saber que não encubra totalmente esse bebê, que então seria apenas um corpo desabitado.

A fábula da Águia e da Coruja nos permite uma aproximação com essas questões:

Águia, rainha dos ares, caçadora! Por favor, não venhas a devorar meus pimpolhos! Assim implorou um dia à coruja Sua Majestade. Com tais respeitos, a águia concedeu: Sim! Respeitarei teus corujinhos. Basta que os mostres ou me descrevas como são. Com medo de exibir seu ninho, a coruja se explicou: São os filhotes de passarinho mais lindos e rechonchudos do mundo! E lá se foi a trabalhar e a águia a caçar. Em pouco a soberana da caça encontrou o ninho da coruja e olhou bem: Essas miniaturas de dinossauro sem penas não podem ser os filhotes da minha admiradora coruja! E foi um belo manjar para o papo! Quando a coruja voltou e não achou os seus filhos, soltou seus gritos desesperados e atraiu a águia de volta que lhe replicou: Tu disseste que eram teus filhos os mais lindos passarinhos do mundo! Se te explicasses melhor, na certa eu os teria poupado! ²

Após a comunicação de um diagnóstico ou prognóstico, a mãe pode falar sobre o cabelinho e sobre o peso como um investimento no seu bebê. Podemos, sim, pensar que se trata do uso de mecanismos defensivos, bem como podemos supor tratar-se do narcisismo transvazante, assim como qualquer mãe que diz ser o seu bebê o mais lindo do mundo.

Diante do impasse entre o que desejam que os pais escutem e entendam e as perguntas que retornam e insistem, apesar de toda e qualquer explicação oferecida, os residentes procuram compreender o que está suposto nessa dificuldade. Suas interpretações recaem tanto na linguagem médica quanto no nível cultural e

² Fábula: A Águia e a Coruja. Disponível em: <http://pt.shvoong.com/books/children-and-youth/1824262-%C3%A1guia-coruja-f%C3%A1bulas/>

socioeconômico dos pais, oscilando entre esses fatores e a negação defensiva, a manutenção da esperança e do investimento amoroso no bebê.

Dommergues, Bader-Meunier e Epelbaum (2003), do centro hospitalar universitário de Bicêtre/ Paris, apontam essa mesma direção:

um médico está em entrevista com um pai de um recém-nascido internado desde o nascimento para reanimação e portador de um grave problema cerebral...; o pai ausente no momento do parto, ainda não vira a criança. O médico... vai direto ao que lhe parece o fundamental e fala do problema neurológico. Depois de sua explicação, o pai lhe responde com uma pergunta:- Quanto ele pesa? Uma tal atitude deixa o médico inquieto e faz com que se pergunte se esse pai compreendeu todas as suas preocupações. Mas, depois de uma reflexão... a questão desse pai não estaria aí para dar uma identidade de recém-nascido à criança que acaba de nascer?... A pergunta desse pai não é também o único refúgio possível diante de um comunicado chocante e inconcebível... (p 124-125).

Como refere M.: *eles têm muitos sonhos, entendeu? E eles não caem na realidade... por mais que explique, por mais que fale. O que significa cair na realidade? O próximo trecho parece nos indicar uma resposta possível:*

...Em relação às mães, né, por tarem passando por um período muito difícil, onde elas têm mesmo que ter esperança, porque a fantasia é o que faz com que elas não enlouqueçam porque se elas entenderem tudo e, se elas não tiverem esperança de que não é bem aquilo que eu estou falando, elas vão ficar doidas ou elas vão começar a fazer o luto do nenê delas antes ou elas vão se cobrar muito... (J.)

A angústia e o sofrimento dos pais diante do nascimento diferente de seu filho mobilizam defesas psíquicas que, nesse momento, são necessárias, tanto para que não desmoronem como para que possam sustentar o vínculo com seu bebê. A essa discussão podemos, ainda, acrescentar e problematizar o tempo psíquico necessário para a

metabolização do que é dito pelo médico, e que está em íntima relação com o traumático da notícia:

Eu acho que tem uma parte de negação importante, que às vezes eles entendem o que você fala, mas no dia seguinte eles chegam como se você não tivesse falado nada para eles, e acontece muito, muito, muito. Tanto que, uma coisa que eu notei... que às vezes eu converso, falo sobre a situação, aí chega outro médico diferente, e a mãe pergunta pra ele de novo: “O que meu filho tem?” Aí a pessoa chega: “Fulana, você conversou com a mãe?” Eu digo: “Conversei, expliquei tudo.” Mas acho que o que elas querem é que alguém fale alguma coisa diferente do que eu falei, que seja mais próximo do que ela espera. (I.)

...Você fala a criança está com droga para bater o coração, tá com aparelho pra respirar, tá com tudo, e o pai pergunta quando é que vai de alta... E na hora você fica assim: ele não está entendendo nada! Na hora é um pouco frustrante, dá vontade de virar e falar: “Bom... não tem discussão”, mas, assim, eu geralmente explico de novo e falo assim: “Eu sei que é difícil, eu sei que é muita informação”. Tento não falar muito, porque quanto mais coisa você fala, menos se entende, na hora do estresse, mas eu sempre falo assim: “Pense direitinho no que eu falei, e depois vem tirar dúvida”. Na hora eles nunca têm dúvida, porque é muita coisa, entendeu? (H.)

A escuta diagnóstica ou prognóstica causa, frequentemente, uma angústia excessiva nos pais; portanto, é traumática, rompe suas possibilidades de atribuir sentidos. Diante desse excesso, pode ocorrer de esse acontecimento ficar sem significação. Os pais podem sentir-se como que erradicados de si mesmos, como se o que ouvissem não fizesse nenhum sentido:

Porque às vezes você explica, naquela hora do desespero a mãe não entende nada. Ela não ouve nada. Normalmente quando tem óbito, os pais voltam, tem uns que voltam depois para conversar, tem uns que ligam depois para conversar, porque na hora do desespero eles não ouvem. Não entendem. (O.)

Fazendo uma aproximação, podemos recorrer às nossas experiências. Quando nos sentimos invadidos por algum acontecimento inesperado, desorganizador de nossas referências, excessivo, frequentemente não entendemos as explicações, é como se ouvíssemos em uma língua estrangeira desconhecida. A caricatura dessa situação é a de uma boca que abre e fecha, mas emite sons estranhos, que não podem ser significados. Num segundo tempo, os pais poderão vir a dar um ordenamento, ressignificando esse acontecimento que até então se apresentava como se fosse irrepresentável. Repetidas vezes, os médicos relatam que, após consecutivas comunicações, os pais, de repente, escutam como se fosse a primeira vez.

Todos nós já nos sentimos imersos em acontecimentos que excedem nossa capacidade de apreensão: “Sem palavras”. Quando assistimos, por exemplo, a um filme, e nos deparamos com algo que nos é da ordem do horror, primeiro ficamos impactados, tomados de angústia, depois temos a necessidade de falar, de tentar dar conta desse excesso que nos capturou, outorgando sentidos e tentando, assim, organizar o que nos desorganizou: “Preciso falar”! O traumático define-se, exatamente, por seu caráter de excesso.

Arias (1999) destaca que a ferida e o narcisismo quebrado dos pais serão significados de algum modo, o que incontestavelmente impregnará a criança, e diz: “Quando se abre a possibilidade de falar do assunto ocorrem deslocamentos, a rede de significados é tecida, já não se trata somente de um vazio impossível” (p. 297).

Os pais poderão, então, com o tempo, falar sobre o assunto até então negado e para isso precisarão ser escutados. Tal como um paciente que, diante de sua doença, inicialmente diz: “não eu não tenho isso, o médico me confundiu com outro paciente, o laboratório trocou os exames, esse médico não sabe nada, é mal formado, vou procurar outro”. Depois, vai lentamente processando e metabolizando aquilo que lhe foi comunicado.

Vejamos os próximos recortes nos quais essas questões são problematizadas:

Toda mãe quer que a criança nasça e fique com ela no colo e, amamentando e vá pra casa e acabou... então, acho que é daí que vem a negação. Acho que eles querem acreditar que aquele sonho, que aquele planejamento não acabou; e criança, assim, teoricamente, eu acho que recém-nascido você tem uma expectativa muito grande; alguns pais você vê que ficam buscando, mesmo, que

alguém fale que tem escapatória, que o nenê está melhorando. Acho que o que elas querem é que alguém fale alguma coisa diferente do que eu falei que seja mais próximo do que ela espera, é difícil, é doloroso, eu tenho dificuldade de falar em gravidade com a mãe... (G.)

Às vezes perceber mesmo a dificuldade de aceitação dos pais daquele diagnóstico. Assim, você sabe que vai ser devagar, que vai ser aos poucos, mas, assim, você acabou de falar: “Não, o bebê tá grave”, e ele fala assim: “Então ele vai ficar bom, né, doutora?”... Então, assim, é mais difícil de falar quando isso acontece... Então, quando a negação dos pais é muito grande, é mais angustiante pra gente dar a notícia... Assim, não ficar insistindo naquele momento em que ele tá negando que não vai adiantar nada, só vai ser um estresse pra você e pra ele, e procurando abordar de formas diferentes, mas sequencialmente, abordando todos os dias, pra ver como que tá essa negação ou essa aceitação. (E.)

Os pais precisam defender-se para não colar o diagnóstico ao seu filho, para não ficarem enlaçados a ele, e poderem enlaçar seu filho. Quando o bebê não pode ser reconhecido como igual, como semelhante, em função de seu corpo estranho e diferente do fantasiado, fica em equivalência com o real irredutível, impedindo qualquer simbolização. Neste sentido destaquei, em minha tese de mestrado (2003), os efeitos da comunicação de alterações orgânicas, por ocasião da gravidez, na representação materna do bebê. Para elucidar esses pontos, reproduzo a seguir três recortes de falas maternas:

...Olha, horrível, não via a hora de ganhar para ver... foi uma angústia muito grande... Ah, que eu vi ela assim, eu falei: meu Deus, minha filha é assim... eu olhei pra ela assim, uma criança gordinha, pra mim ela era perfeita... porque pra mim já ia nascer com a cabeça enorme, né... Pra mim ela seria igual àquelas crianças de sei lá, que não, aquelas crianças, não sei nem falar o nome daquelas crianças, né?”(entrev. 4).

...Ah, eu imaginei que ele ia sair diferente, não pensei que ele ia ficar assim bonzinho, que ele ia, o olhinho dele está direitinho, a boquinha, o narizinho, eu pensei que ia ser pior, assim... (entrev. 3)

foi triste, mas agora eu já estou bem melhor... já quando se está grávida se espera outra coisa... mas agora, depois que ela nasceu eu já vi que era outra diferente... esperava que ela estivesse pior do que ela está... A gente sempre quer saber se tem todos os dedinhos, se tem unha, cabelinho, é isso. Eu vi ela do jeito que eu queria, com tudo o que ela tinha, tudo o que todo mundo tem, né... (entrev.1)

Quando uma mulher está grávida, fantasia a aparência de seu filho, havendo um lugar de pertinência familiar, humana, nesse parecer-se antecipado. Nos trechos citados, as mães relatam o horror diante da perda dessa possibilidade; como se não fossem mais humanos. No entanto, as projeções se modificaram a partir do momento em que as mães puderam ver em seus filhos traços iguais. Têm nariz, cabelinho, pezinho, dedinhos... (Battikha, 2003).

Da mesma forma, quando os pais perguntam sobre o peso do bebê após a comunicação da gravidade de seu quadro diagnóstico, estão investindo nessa identificação com seu bebê, humanizando-o, para que possam, assim, talvez, imaginá-lo. Essa é uma questão paradoxal. Por um lado, é necessário que os pais não façam uma equivalência entre o bebê e o diagnóstico, garantindo as possibilidades de investimentos; por outro lado, contudo, precisam compreender esse diagnóstico para que possam lidar com os limites que ele impõe, bem como para que possam cuidar desse filho. Da mesma maneira, os médicos devem comunicar o diagnóstico, mas não podem saturar de sentidos esse mesmo diagnóstico, deixando que as frestas anunciadas pelos pais, e que escapam ao quadro diagnóstico do bebê, possam ser reconhecidas e mantidas.

A interrogação sobre o que mobiliza nos pais a comunicação do diagnóstico desliza agora para o que é provocado no médico que faz a comunicação; uma questão está intimamente imbricada na outra. O que perguntam os pais e ao que respondem os médicos?

Em diversos recortes, percebe-se que, para o médico, o fato de ser portador da notícia é causa de sofrimento e angústias, tanto pela identificação com os pais – podem se imaginar na mesma situação – como pela impossibilidade de poder evitar as sequelas ou a morte do bebê, por não poderem curar e evitar a dor. Como destaca C.

...eu acho muito difícil falar pra mãe assim: “Ó, teu bebê...” É lógico que a gente não pode fechar o prognóstico, porque... principalmente o neurológico, né... porque, tudo pode acontecer... O cérebro da criança está em formação, ela pode ter tido uma hemorragia, mas pode sair relativamente bem... mas, se você dá um prognóstico neurológico, falar que a criança não vai ser normal igual aos outros, que não vai andar igual aos outros, não vai... eu acho difícil... Eu me sinto triste assim... porque eu me ponho no lugar da mãe...

Dar a notícia implica deparar-se com os limites. Apesar de todo o investimento, do avanço científico e dos progressos que ainda estão por vir, não é possível dar algo que corresponda tanto ao desejo dos pais, como aos desejos dos médicos. Como salienta I. *Na verdade, pra gente é uma grande frustração, você não poder atender ao que aquela mãe tava querendo, aquelas expectativas.* Os pais se deparam com a perda do bebê fantasiado, desejado, idealizado. E o médico, com que perda se confronta? O que representa repetir inúmeras vezes o diagnóstico?

Eu fico revoltada, porque eu falo: “Eu falei com ela! Mas como assim eu não falei?” Fico irritada. Falo: “Gente, como assim, essa mãe está mentindo, me desmentindo, sendo que eu falei com ela.” E como isso vem acontecendo muito, eu até falei com o pessoal lá da UTI... Eu falei: “Gente, às vezes essas mães, elas querem justamente isso. Elas falam que não sabem, porque elas querem ouvir a opinião de outro médico, e talvez esse médico fale alguma coisa diferente do que ela ouviu de mim.” Eu procuro não levar, assim, não sei se eu consigo, mas eu procuro não ficar hostil... (I.)



...que eu tinha falado com ela de manhã, às dez da manhã eu tinha conversado com ela, à tarde a outra residente tinha conversado... e no dia seguinte ela foi reclamar pra enfermeira-chefe de que fazia três dias que o bebê tava internado e que nenhum médico tinha conversado com ela. Aí, eu fiquei extremamente irada. Aí eu fui falar com a mãe. Fui falar com a mãe. Fui: “A., eu não conversei com você?” Ela, assim: “Conversou.” “E à tarde a doutora fulana também não falou?” “Falou.” “Por que você falou que a gente não tinha conversado?” Aí, ela desabou a chorar... (I.)

...eu tive um nenê... que era oligoâmnio, então ele nasceu feinho, todo amassado, e todo dia a mãe vinha me perguntar se ele ia voltar ao normal. Se a cabecinha dele ia ficar normal, então isso eu não dei certeza, eu não sei. Às vezes, também, a minha resposta deixava ela mais angustiada, ela queria ouvir que ia voltar, mas aí como que eu ia falar que ia voltar sendo que eu não sabia se ia voltar? Entendeu? Então eu procurava explicar isso pra ela, várias vezes, foi um caso difícil, né? Com esse caso, eu me senti bastante irritada, porque eu já manifestei, com todas as palavras: “Oh, fulana, eu não sei, a gente vai ter que acompanhar, ele vai crescer, a gente vai ver, eu não sei”, eu expliquei tudo isso. E todo dia ela vinha me perguntar, e muitas vezes perguntava pra outros também, entendeu? Porque ela queria ter uma opinião com todo mundo, se o filho dela ia voltar ao normal, mas na verdade ninguém sabia. (A.)

Às vezes é complicado quando os pais querem, entre aspas... saber demais... “Pai, seu nenê tem um problema no intestino... faltou sangue no intestino, o intestino pode romper e isso é muito grave, isso é um quadro de uma infecção muito grave...” “Qual o nome doutora? “Mas, como assim, doutora?”... “E o exame? E o exame? E o valor do bicarbonato?” “Pai, eu vou te explicar... só que eu vou te explicar e, não vou te explicar em números, porque esses números fazem sentido pra gente...” Eu acredito que eles fazem isso, primeiro, porque eles tão dentro da UTI, então eles veem a nossa rotina... e a gente conversa entre a gente nestes termos... então, eles sabem que esses termos são importantes, mas a gente conversa nestes termos porque a gente se entende

nestes termos e, outra coisa que tem aqui, dá pra eles sentirem muito... eles estão... as mães estão presentes no horário da visita com os docentes. São discussões clínicas, e aí nessa hora a gente só fala disso, só de exame... eles se concretizam em exames... acho que por isso que eles ficam tão... “E o exame doutora?”(T)



Eles querem entender mais... eles acham que vai por aí, mas eu acho que não vai por aí, não adianta a gente dá os exames pra eles, eles têm acesso ao prontuário “pai, você pode ler o prontuário”, mas não é por aí... Eu acho que é a busca deles de querer participar mais, de querer... de querer fazer algo... mas é como eu costumo falar: “Pai, olha, sabe... é importante que a gente olhe os exames, é importante que o senhor venha aqui, é importante que o senhor toque no nenê, que converse com o nenê, porque isso ajuda...”(T.)

As defesas psíquicas dos pais – a busca por outra fala, outro médico, outro diagnóstico – podem ser sentidas pelos médicos como desconsideração, como um ataque a sua dedicação, e vivenciada de forma acusatória, provocando mal-estar e mal-entendidos na relação. Quantos pais realizam verdadeiras maratonas em busca “daquele médico” que possa dizer o que querem ouvir, depreciam, de uma forma ou de outra, o profissional que se encarregou da notícia que provoca dor. É claro que esse ataque dirigido ao profissional não é pessoal, muito embora seja remetido a ele. Os pais tanto podem idealizar e “idolstrar” o médico, projetando nele um saber absoluto, como destituí-lo de qualquer saber, ressentidos e agressivos, diante dos limites impostos pelo diagnóstico comunicado.

A procura dos pais por um conhecimento mais técnico e específico, por sua vez, aponta para diferentes questões. Pode representar uma busca de proximidade em relação ao filho, diante do desamparo que o não saber provoca. Esses pais podem projetar no saber médico toda a potência, por se sentirem impotentes diante desse bebê tão diferente do imaginado e desejarem saber tudo que o médico sabe, desencadeando, assim, uma relação de rivalidade com os profissionais; podem, ainda, diante da perda do bebê sadio imaginado, assumir um lugar de cuidadores da criança-corpo-doente – tomando para si a tarefa de cuidar desse corpo, como se tal tarefa lhes houvesse sido delegada –, tornando-se conhecedores dos exames, dos diagnósticos, dos procedimentos etc.

Revela-se, na assimetria dessa relação entre médicos e pais do paciente-bebê, uma simetria, a de sujeitos numa posição de identificação. Diante do desamparo, os pais tentam equiparar-se “tecnicamente” ao médico; o médico, na repetição do diagnóstico e das informações técnicas, é exposto ao seu próprio desamparo, lembrado dos seus próprios limites, bem como sua possibilidade de adoecimento e morte. Para o médico, sua atuação assistencial cotidiana e familiar torna-se, em determinadas situações, inevitavelmente estranha (FREUD, 1919), pondo em cena seu próprio corpo mortal, atacando suas defesas e expondo sua angústia.

Sigamos mais alguns trechos nos quais esses temas podem ser apreendidos:

Incomoda porque você faz aquele trabalho, que você está falando e repetindo a mesma coisa, você termina de explicar e, que você tem certeza que você falou e não entenderam nada do que você disse... Irrita... “Como é que está meu bebê, está bem?” “Não está! Seu bebê não respirou bem... sangrou na cabeça, problema no coração, aí pode não comer, não dá para alimentar”, é muita notícia de uma vez só para uma pessoa que já não entendeu a primeira coisa que é ver o nascimento do bebê... às vezes, a mãe... ela não quer nem saber, a primeira coisa que ela pergunta é o peso. (R.)

...porque também tem a expectativa da mãe na gente, mas também tem a nossa expectativa, porque é muito mais fácil eu falar e ela falar “eu entendi” e aí eu viro minhas costas e falo... “Perfeito, eu fiz minha parte, eu sou perfeita, ela entendeu, acabou.” (H.)

...Porque assim, quem vive uma UTI, quem fica dentro de uma UTI é que sabe a loucura que é, a sobrecarga... a gente só vê desgraça, só desgraça, só problema, só coisa que não vai, tem muitas coisas boas, mas tem muitas coisas também que não ficam do jeito que a gente imaginava, do jeito que a gente idealiza... Quando eu entrei aqui na residência, eu idealizava assim... não, vai sair bem, que vai sair... Tem até o Admirável Mundo Novo, um livro, não sei se você já leu, que ele punha as crianças naquele líquido, né, nas incubadoras e que

terminava... poxa, um dia eu falei ... quem achar esse líquido que vai por... brincando... nossa vai... porque o pessoal acha assim, ah... nasceu prematuro, ah, mas, põe na incubadora e... deslancha... mas, não é por aí... nada tá preparado... (M.)

Nos fragmentos que seguem, aparece o desejo, o empenho e a dedicação dos médicos para que os pais compreendam o diagnóstico comunicado e a frustração experimentada diante das dificuldades e impasses na relação com eles:

...Eu gosto de explicar. Na hora que eles tipo assim, perguntam, assim, vai de alta, é frustrante, entendeu? Porque às vezes você fala tudo de um jeito simples, eu nunca falo com termos muito técnicos, eu explico da maneira que a pessoa entenda melhor... Mas, assim, é frustrante quando eles não entendem, mas eu tento explicar de um jeito melhor, mas dependendo dos pais eu deixo para explicar depois, digo: “Pensa direitinho, depois vem perguntar”. Porque tem hora que você vê que a pessoa realmente não vai entender por melhor que você explique. (H.)

É difícil pra eles entenderem... eu acho que por ser uma população assim, que não tem muito contato, né... com esse tipo de coisas... é a população mais carente mesmo que a gente recebe, tanto que quando vem um bebê de pais mais diferenciados, assim, de pessoas que têm um nível sociocultural maior, a comunicação é bem mais fácil... “Ah... mas por que isso aconteceu?” Você tenta explicar, mas são coisas assim, que até pra nós é complicado, guardar, né... pra gente que estudou tanto, às vezes, pra eles, então, entender é bem mais complicado, né... a gente tenta, nunca me nego a dar explicação de como aquilo aconteceu, mas, às vezes você vê que a pessoa fica com aquele ponto de interrogação, né ... Ai, eu fico incomodada... porque eu queria conseguir passar, né... conseguir que eles entendessem... (P.)

↓

...esses tempos atrás teve um bebê que tinha problema cardíaco, eu cheguei a desenhar pra mãe, pra ver se ela conseguia entender o que tinha acontecido no coração do bebê, né... mas, às vezes é complicado deles entenderem... o que pra gente é muito claro, né... pra eles, não... eu entendo que fique assim, bem nebuloso, assim, deles entenderem o que tá acontecendo... (P.)

Não sei, acho que na maioria das vezes, eu procuro entender como se eu pudesse melhorar minha explicação. Aí eu tento mudar, explicar de outras formas, né. Eu procuro nunca usar termo técnico, nunca, assim. Só quando é pai e mãe muito diferenciados, aí a gente, aí assim... Mecônio, aí eu falo que fez coco dentro da barriga. Eu falo termo leigo, mesmo... (A.)

Ante as dificuldades dos pais para a escuta diagnóstica, uma das explicações oferecidas pelos residentes incide sobre a linguagem médica e o grau de compreensão dos pais associado a sua condição econômica e cultural; no entanto, enfatizam também outras causas, conforme veremos nos trechos destacados a seguir.

Eu acho que assim, pela população que a gente atende aqui, tem a parte da ignorância, no sentido da falta de conhecimento, por não conhecer mesmo, mas também acho que tem o lado do choque, porque quando é teu parente, é muito difícil aceitar. E criança, assim, teoricamente, eu acho que recém-nascido você tem uma expectativa muito grande, você não tem nada nas mãos, assim. Quando a criança nasce com um problema, é o que a gente fala e ponto final. Pro pai e pra mãe às vezes olha o bebê e está tudo bem, por que não tá comigo? Então tem que ter muita confiança, assim, eu acho que tem que passar também muita credibilidade porque o que você fala ali naquele momento é lei, ele não tem muito como... (H.)

Acho que depende muito do nível de entendimento dos pais, sabe, assim, pessoa mais simples eu acho que é mais difícil de explicar, de ficar consciente, né? Mas, em geral, o que eu acho mais difícil é porque eles têm uma certa restrição de ouvir algumas coisas que eles não querem, né? Então acho que não depende

de classe social, de nível de compreensão, eu acho que, assim, às vezes você termina de explicar tudo o que tá acontecendo, eles: “Ah, doutora, mas tá tudo bem?” Entendeu?... Acho que eles querem acreditar que aquele sonho, que aquele planejamento não acabou... E também a falta de conhecimento. Que eu acho que, assim, dá complicação, principalmente prematuro, eu acho que a mídia, assim, divulga muito que sobrevivem nenês de 300g, então eles não conseguem diferenciar, porque, né, quais que são as complicações... (A.)

O que os pais não entendem? Não entendem o diagnóstico e/ou não entendem por que ou como isso foi acontecer ao seu filho? Qual será “seu futuro”? Como pode o médico responder a isso? Podem explicar com palavras acessíveis aos pais o que sabem, mas há algo que retorna, que insiste nessas perguntas – apesar de toda e qualquer explicação, por melhor que seja – e que não pode ser respondido pelo profissional, que se vê, então, diante da angústia do não saber, que pode ou não ser suportado.

Como nos dizem G. e L.:

...às vezes você fala que o bebê está grave, e aí você fala o quadro e tal, às vezes, eles voltam à noite e perguntam pro médico da noite como ele tá, de novo as mesmas coisas e, alguns pais você vê que ficam buscando, mesmo que alguém fale que tem escapatória, que o nenê está melhorando, e você vê o nenê se deteriorando, toda equipe vê e às vezes eles perguntam a mesma coisa. Às vezes, a gente comenta entre os residentes... “nossa, essa mãe perguntou isso... mas já perguntou pra mim também, pra mim também”; quer dizer, às vezes, eles não aceitam, não é porque é falha de entendimento, às vezes tá procurando alguém que fale: “Nossa, tem um pouco mais de esperança que o seu nenê esteja melhorando”. Não é que eles, sei lá, não entendam, não tenham escolaridade pra entender; às vezes é... eles estão buscando alguma coisa... (G.)

...É complicado porque que você fala uma vez, a pessoa pergunta de novo, como se não tivesse ouvido, aí você fala de novo, a mesma coisa; então, tem pais que até quase ir a óbito e ele não entende, você tem que conversar e falar...

porque há a esperança de que sempre tenha alguma coisa boa para ser dito; teve um pai outro dia que falou que não queria que dissesse nada que fosse de ruim do filho, então... isso, já é uma coisa verbalizada, já é uma negação verbalizada, porque você fala, mas aí, da interpretação é deles, né, a gente é que vai sentindo dia a dia, se eles tão entendendo ou não... (L.)

O conhecimento do médico acerca dos pais do bebê, sobre o que eles já sabem e o que querem saber, bem como o uso de uma linguagem acessível e não técnica é fundamental para que a comunicação se estabeleça. No entanto, os mecanismos que atravessam essa escuta não se esgotam na sua compreensão formal.

Jerusalinsky (1999) cita o caso da mãe de uma menina com síndrome de Down que, aos 28 dias do nascimento dessa filha, empreendeu uma viagem aos Estados Unidos para investigar tudo o que poderia ser feito para ajudar sua filha. Importante ressaltar que não levou a menina: “Não quis perder tempo – relatava depois – e ao chegar percorri clínicas e universidades, me dediquei 10 dias a fazer um curso de Estimulação Precoce...”

Uma mãe lida melhor ou pior com um grave problema de seu bebê de acordo com o conhecimento formal que tem acerca de seu diagnóstico? De acordo com seu nível socioeconômico e cultural? A compreensão sutura o sofrimento?

A busca “heróica” por todo o conhecimento possível para a filha, nesse caso, opera como defesa e a distancia da filha. O autor aponta para a problemática implicada na busca dos pais por uma restituição do seu narcisismo danificado, que pode vir a reduzir a criança a nada mais que seu puro limite real:

(...) será uma coisa para ser heróica e sofridamente reparada, terá um plano, nada ficará entregue ao acaso, não haverá escolha possível porque tudo estará previsto para que não se perca nem um minuto, para que se chegue ao máximo. Assim, enquanto os pais passam do sinistro à epopéia, a criança, cujo reconhecimento no humano ficou distanciado, faz sua entrada na psicose, pois nela não pode aparecer seu desejo, mas só a concordância com o planejado. (1999, p. 102)

O próximo recorte é revelador, e remete à compreensão e às defesas psíquicas diante do saber:

...Era um nenê que tava indo bem... a mãe aceitando muito bem, um bom relacionamento, e quando ele piora, e eu dou a notícia ruim, e ela, sei lá, se revolta, e ela entra na UTI e começa a falar mal de mim pros auxiliares, fala que quer me bater, que quer me pegar, não sei mais o quê... Foi estressante. Mas eu optei por continuar cuidando do paciente, e, na verdade, assim, eu dava bastante detalhe, que ela era uma pessoa mais esclarecida, e aí eu passei a não dar mais detalhe, eu falava o essencial... e são detalhes médicos, de fato, que a gente não costuma, né? Mas ela perguntava: “Ah, mas e o resultado do exame tal?” Que era uma coisa um pouco mais específica, né? Aí eu falava: “Deu isso, isso e aquilo.” E, às vezes são coisas que, na evolução do bebê, não faz muita diferença a gente contar ou não, e eu acabei contando. (D.)



...Foi ruim, eu senti raiva, eu fiquei revoltada, porque a gente se esforça, e cuida, e tal, e... é uma raiva, assim, em termos, porque eu sabia que a raiva dela não era exatamente contra mim, contra a minha pessoa. Mas na hora eu fiquei. É, mas na hora eu recebi muito mal... Eu acho que era não-aceitação da própria condição do nenê dela. Que era um prematurinho muito pequenininho. Eu sempre falava: “Olha, ele é pequenininho, tá na UTI, tem risco, tal”. Mas como ele foi excepcionalmente bem nos primeiros dias, acho que ela achou que nunca ia, sei lá... (D.)

A partir da escuta dessas falas, podemos detectar como os pais podem projetar no médico e na medicina um saber absoluto e onipotente, identificando-se com ele na busca da compreensão desse saber que, nesse momento, responde ao seu desejo de cura de seu filho. No entanto, ao se sentirem ameaçados, fragilizados, impotentes, podem, da mesma forma e com a mesma intensidade, destituir o profissional de qualquer potência. A compreensão que até então era mantida fracassa diante da angústia mobilizada. Esse médico por outro lado, ao mesmo tempo em que sabe da *aflição dos pais, da não aceitação da própria condição do nenê* e, portanto, compreende o que se passa nessa relação, também, tal como os pais, é atravessado pela angústia, e defende-se

respondendo, ao que passa a ser vivido como desconsideração. A lógica da compreensão formal é subordinada às defesas psíquicas, que podem fazê-la fracassar.

Acompanhemos outros recortes:

...aqueles que peitam, que querem brigar, como às vezes aparece aqui, como tem um caso... é complicado pra mim, eu não gosto, me sinto mal (...) que querem interferir na conduta, principalmente... Acho que é a aflição dos pais mesmo e, às vezes, são os pais mais esclarecidos que acham que sabem o que poderia ser feito, que acham que está errado o que está sendo feito e questiona mais, talvez eu esteja acostumada a pessoas que não questionem tanto, que aceitem mais o que eu falo... Eu gosto que questionem, mas assim, perguntando, assim, não querendo se sobrepor a você entendeu... (L.)

Às vezes também tem pai e mãe que te olham com uma desconfiança... Que não vê você como um aliado, vê você como um inimigo. Isso também é difícil, porque você vê: “Poxa, vida, estou dedicando tanto, quantas vezes fiquei sem almoçar por causa dessa criança, quantas vezes fiquei, né, sem dormir a noite inteira”, e o pai e a mãe vêm com uma desconfiança... quando começa a questionar coisa que você tá fazendo que... Por exemplo, coleta de sangue. “Ah, mas por que vai colher sangue, não sei o quê”, entendeu? E é uma coisa que você vê que cientificamente, a criança pode morrer né? Porque pode ser um choque séptico, você precisa daquele hemograma naquele momento, para definir se vai entrar com antibiótico ou não, e aquilo pode ser a vida da criança, e a mãe fica: “Ai, tadinho, mas vai furar”, entendeu? ... Antigamente era “o médico”, né? Médico era respeitado, está cuidando, está querendo o bem. Aí, hoje em dia, tem sido divulgada muita coisa, muito erro médico, coisa que às vezes não é erro médico, e é tido, e, então, muito médico, o fato de ser jovem, o fato de ser uma menina, às vezes tem uma mãe que sabe, “ô, moça, ô menina!”, entendeu?(A.)

Como lidar com as projeções intensas de amor e ódio? Confrontar-se com as manifestações de reconhecimento e gratidão não se constitui um problema, mas ser alvo do ressentimento, frustração, dor e impotência dos pais, sim:

Com a raiva, aí é complicado, porque é uma... assim, a gente sabe que é uma reação normal, mas, (...) você pensa, “mas eu fiz tudo, porque você tá com raiva de mim, você tinha que me agradecer”. Não me agradecer, assim... você tinha que falar... a gente tentou o máximo, entendeu, porque você tá com raiva, a culpa não é minha... agora, lidar com raiva eu acho, você fica chateada, porque... nossa eu fiz tudo, porque que ele tá com raiva de mim? (M.)



...Aqui a gente fica brava e fala: “Ai essa mãe não entende, que não sei o quê, que a gente explica, explica...” e a mãe que fica muito no pé da gente, porque que fez isso, porque que fez aquilo. A gente tem um vício errado. A gente é acostumado sempre com o paciente... o passivo, né... o que não pergunta, o que aceita... Eu acho que hoje em dia o pessoal vê muito... “ah, porque eu vi na internet tal coisa... por que fez tal coisa e não fez tal coisa?”... Eu acho que ele tem toda razão, é o filho dele que tá ali, acho que ele tem que saber o que tá acontecendo, sim, tem que saber o que a gente tá fazendo, a gente não está tratando com boneco, é uma vida, né... eu acho que por trás dessa vida tem todo um sonho, tem toda uma estrutura, tem toda uma família, tem mais gente... (M.)

...às vezes você dá a informação... ela quer mais... você fala de novo... ela quer mais... ai você se nega, porque você tá ocupada, tá fazendo alguma outra coisa ela vai e sai chorando, falando que o médico tá se negando a conversar com ela. Vai à Ouvidoria do Hospital e apronta um escarcéu... então, sabe... Essas coisas, às vezes, deixa a gente chateada também, dá vontade de você... Hum... né... mas... assim são pessoas... pessoas com quem você tem que lidar, e lembrar que eles também estão lidando com emoções fortes dentro deles, também, né? (P.)

O cotidiano de assistência numa unidade de terapia intensiva é feito de muitas e sucessivas demandas, de muito comprometimento e aposta na vida. É claro que o médico espera o reconhecimento e a parceria dos pais, reagindo diante do que sente como destituição de seu conhecimento e empenho – o que torna ainda mais desgastante

seu trabalho. Quando uma mãe projeta seu sentimento de impotência e incompetência diante de seu filho no médico, questionando seus procedimentos, sua eficácia, o médico pode vir a responder com uma contenção ressentida: *Eu engulo... eu engulo, não costumo explodir com o pai ou com a mãe, falar coisas pra eles não...* (P. p. 18). Pode, também, responder com raiva e indignação: *Fico irritada. Falo: "Gente, como assim, essa mãe está mentindo, me desmentindo... Ai, eu fiquei extremamente irada."* (I. p.47).

Outro aspecto que se destaca nos discursos é o lugar de "não pacientes" desses pais. Pacientes no sentido de quem espera com calma, de quem persevera com ânimo sereno, manso, pacífico (MICHAELIS, 2010). Paciente vem de *patiens* que, em latim, significa passividade. Esses pais que perguntam insistentemente, questionam, pesquisam na internet, podem suscitar no médico fortes sentimentos de estar sendo confrontado no seu lugar de saber. Novamente nos deparamos com a questão dos recursos disponibilizados na formação para que os médicos possam lidar com esses afetos intensos que não pela via da contenção e do incômodo, que acabará de uma forma ou de outra aparecendo na relação com os pais, até mesmo como uma resposta em represália.

Esse processo de transição aluno-médico especialista que representa a residência expõe o médico a muitas situações mobilizadoras de intensa angústia e fadiga física, podendo associar-se, como enfatiza Nogueira-Martins (2002, 2005), a diferentes expressões psíquicas, entre elas, como destaca o autor, a raiva crônica e o desenvolvimento de um amargo ceticismo e de um irônico humor negro.

Para além dos fatores mobilizadores de angústias que são inevitáveis e inerentes ao atendimento assistencial em uma unidade de terapia intensiva neonatal, estamos no campo do mal-estar excedente e, portanto, possível de ser trabalhado durante a formação desse profissional, na perspectiva de diminuir o sofrimento excessivo e a cristalização de defesas rígidas e empobrecedoras.

Uma equipe de investigadores da Fundação Oswaldo Cruz realizou uma extensa pesquisa sociológica sobre o perfil dos médicos no Brasil, publicada no livro "Os médicos no Brasil, um retrato da realidade (1997)", sob a coordenação de Maria Helena Machado. Ao analisarem as perguntas "Você considera sua atividade profissional desgastante? Por quê?", notaram que grande parte das respostas se referia aos aspectos psíquicos vinculados ao desgaste sofrido. A pesquisa apontou que 80,4% dos entrevistados declararam que a atividade médica é desgastante. Antes de prosseguir no texto, é importante lembrar que a abordagem de Machado nessa pesquisa sobre a

profissão médica e o exercício da medicina define-se numa dimensão sociológica, isenta de qualquer inferência epidemiológica.

Diversos fatores podem vir a causar sofrimento: as especificidades e condições de trabalho na instituição de pertinência, a possibilidade ou não de controle sobre o processo imediato de trabalho, os problemas recorrentes causados pela falta de recursos nos hospitais públicos, jornadas de trabalho excessivas, multiemprego, o volume de pacientes, a tendência da população a responsabilizar o médico pelas deficiências da política pública de saúde, perpassando as questões intrínsecas ao exercício da medicina, como o fato de ter de se haver com a saúde e a doença, a vida e a morte do paciente e com a própria morte. Como nos diz P., *eles também estão lidando com emoções fortes*.

Como destaca Pitta (1999), em seu livro de título provocativo: “Hospital: dor e morte como ofício”, é imprescindível a discussão das relações de determinações entre trabalho hospitalar e sofrimento psíquico dos que o exercem. Como venho destacando, há muitos sonhos, expectativas e feridas narcísicas diante das perdas, seja dos pais em relação ao filho desejado e não tido, seja dos médicos em relação aos limites de sua atuação e da própria medicina. Pais e médicos podem sentir-se decepcionados, feridos, culpabilizados, impotentes, ressentidos, incompreendidos...

Há dois começos na situação que estamos analisando: o do bebê e o do médico especialista em formação. Há muitos desejos, sonhos projetados com os quais os pais recobrem seu bebê, bem como os sonhos do residente em relação às expectativas projetadas na sua área de escolha. Assim como é excessivo para os pais escutar o diagnóstico, parece que também é excessivo e sofrido para o médico deparar-se, a cada pergunta remetida a eles, com os limites do alcance de sua atuação; ser lembrado repetidas vezes do que não pode reparar, evitar; ser posto em face do intransponível, que desvela a própria impotência do médico.

Na introdução deste trabalho, apontei que o homem, diante da angústia causada pela consciência de sua própria finitude, bem como do temor ao desamparo e da fragilidade inerente à condição humana, tenta driblá-la simbolicamente no desejo por um filho, que sustenta sua ilusão de imortalidade e completude. As escolhas profissionais também podem remeter simbolicamente a esses desejos, que se fazem mais evidentes nas atuações ligadas à área da saúde, que envolvem tentativas de vencer a morte e a doença.

Precisamos viver com o nosso saber sobre a morte, numa relação de aceitação e negação ao mesmo tempo. Uma parte de nós reconhece a realidade que se impõe, a outra, não, funciona como não sabido: somos mortais, mas para nós é como se não fôssemos. Essa defesa é necessária e estruturante, e sem ela não faríamos investimentos na vida; investimentos que, por sua vez, impulsionam o desenvolvimento científico, os avanços e apostas no campo da medicina, que representam imensas conquistas para a qualidade da vida e do processo de morrer (cuidados paliativos). É essa mediação defensiva que nos permite suportar a fragilidade da nossa própria vida. O submetimento ao real não nos permitiria armar defesas diante da angústia da morte.

Como ressaltam Burlá e Py (2005), quando da comunicação da má notícia, o profissional é provocado a considerar sua própria finitude.

Os profissionais que trabalham com pacientes em fim de vida não escapam do insistente apelo da verificação realista de sua mortalidade, espelhada na morte do outro. Bem como não escapam do paradoxo de se saberem finitos ao mesmo tempo em que negam a condição de mortal. O conhecimento da finitude, ainda que necessário à estabilidade do funcionamento psíquico se contrapõe à ideia da certeza da própria morte, que não pode ser consciente e persistentemente tolerada por ser humano algum sem que represente ameaça à integridade de sua organização psíquica... (p. 98)

As autoras sugerem o protocolo *Spikes* como ponto de partida para a criação de novos e mais apropriados modos de interação com os pacientes quando do momento de incúria, insucesso ou futilidade de tratamentos, agravamento do adoecimento e probabilidades de aproximação ou iminência da morte. O texto remete a peculiaridades da comunicação a pacientes idosos. Dada a especificidade da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o foco amplia-se do paciente – o bebê – para a comunicação do diagnóstico aos pais.

O protocolo *Spikes* (BURLÁ e PY, 2005; DÍAZ, 2006) proposto por um grupo de oncologistas liderados por Walter F. Baile e Robert Buckman é um guia metodológico para a comunicação das más notícias, composto por seis etapas: a preparação do médico – que implica o conhecimento da história clínica e do diagnóstico do paciente; a pergunta ao paciente acerca do seu desejo de que algum familiar esteja presente, dispendo-se de um lugar privado para que a comunicação possa

ocorrer; a sondagem, junto ao paciente, sobre o que sabe: perguntar antes de falar; o reconhecimento de quanto o paciente deseja ou não saber; o cuidado em evitar o uso de termos técnicos; a capacidade de explorar e enfatizar as emoções do paciente diante da notícia e a finalização da conversa, com estratégias terapêuticas e síntese.

Burlá e Py ressaltam que, nessa comunicação, fortes reações emocionais são esperadas, e o suporte do profissional deve conjugar a capacidade de escuta com a competência científica e a estrutura intrínseca de lidar com situações críticas. Ressaltam que, tão ou mais importante que o conteúdo a ser comunicado, é o modo como a comunicação é feita.

O protocolo oferece um enquadre para a comunicação da má notícia. Contudo, apesar desse saber concreto e mesmo preciso, os médicos ficam expostos ao sofrimento do outro e ao seu próprio, o que mobiliza angústias e conseqüentemente defesas. (PESSINI, 1990; BURLA e LY, 2005). Outro aspecto importante é que a má notícia – a ausência ou insuficiência de tratamentos – pode ser experimentada, como referi anteriormente, como fracasso. Assim como os pais idealizam um bebê maravilhoso, que tudo poderá e a quem nada faltará, e frequentemente o nascimento de um bebê com problemas ou de risco afeta sua autoestima, levando-os a se sentirem incompetentes e culpados, o médico também pode se encontrar assim diante dos limites de sua prática, no lugar de quem causa dor ao falar o diagnóstico aos pais, e de quem não pode aliviar ou curar o que causa sofrimento.

O médico pode saber como deve ser feita a comunicação da má notícia e esse saber é de extrema importância, mas, como sujeitos humanos, assim como os pais que ouvem e não escutam, os profissionais também podem ser atravessados pela angústia que essa comunicação mobiliza neles, e querer falar o mais rápido possível para se verem aliviados desse enfrentamento. O conhecimento em oposição à ignorância não esgota as questões subjetivas. Como já destaquei, as defesas psíquicas podem fazer fracassar a lógica.

Portanto, precisamos escutar o residente quando este fala de sua irritação, ou do sentimento de desconsideração, do desvelamento do limite do saber que ocorre diante das perguntas recorrentes e insistentes dos pais. Interessante observar que “desvelamento” significa tanto revelação como dedicação – desvelar é retirar o véu e também é dedicar-se muito (HOUAISS, 2001). Esses profissionais dedicam-se muito a salvar, evitar sequelas, intervir o mais precocemente possível para transpor limites, e reagem diante da queda do véu que os aproxima daquilo que é intransponível. Percebo

um apelo não formulado, para que esse afeto que toma a cena – e que é tantas vezes falado de maneira catártica – possa ser metabolizado.

A quebra do ideal projetado na atuação profissional será significada de alguma forma pelo médico, e impregnará sua atuação assistencial. No entanto, a compreensão dos mecanismos psíquicos imbricados no seu ideal como médico, bem como na relação com os pais, não satura ou sutura a complexidade dessa questão. Não se trata, portanto, apenas de elucidar os mecanismos psíquicos mobilizados no médico nesse encontro com os pais – embora esse conhecimento seja fundamental –, mas de oferecer uma escuta que possibilite que possam falar da própria angústia e significar a experiência vivida. Retomarei essa questão, dado que esse ponto já se anuncia como um elemento conclusivo deste trabalho.

3.4 Identificações com os pais

No transcorrer deste trabalho, deparamo-nos, em diferentes momentos, com a questão da identificação do médico com o paciente e seus pais. Como já salientei, médico e paciente são igualmente sujeitos humanos, embora a situação de assistência marque uma profunda assimetria entre os dois, entre quem cuida e quem é cuidado, entre quem está em posição de sadio e quem é o doente. No entanto, o contato cotidiano com a dor, o sofrimento, a angústia, a doença e perspectivas de vida e de morte do outro remetem o médico – conscientemente ou inconscientemente – a suas próprias perdas, lutos, temores, vulnerabilidade, a sua dependência do outro etc. Pode, portanto, ver-se remetido ao seu sofrimento pela perda de pessoas queridas, angustiado pelo reconhecimento de sua falta de controle sobre a doença e a morte, bem como, colocar-se no lugar de quem pode também ter um filho com problemas e viver, do outro lado, essa situação. Todas essas identificações põem a descoberto o que cotidianamente esquecemos, embora saibamos de sua presença: ninguém pode viver se pensar o tempo todo sobre sua condição de mortal.

Menzies (1970) ressalta que os membros da organização hospitalar desenvolvem mecanismos de defesa estruturados socialmente. Aponta, dentre outras defesas, para a fragmentação técnico-paciente na tentativa de reduzir os tempos de contato com o paciente, bem como para a despersonalização e a negação da importância singularizante do paciente. Esses mecanismos podem resultar em distanciamento e negação de sentimentos mediados por uma fala tecnicista científica, na tentativa de evitação das identificações perturbadoras.

A diminuição do reconhecimento das diferenças entre os pacientes, de sua singularidade histórica, pode ter como função defensiva mitigar as possibilidades de uma possível identificação com ele. Na clínica intensivista neonatal, essa questão pode ser apontada na frequente nomeação dos bebês como RN (Recém-Nascido); como se a nomeação pelo nome próprio, que remete a uma história familiar singular, pudesse estreitar as possibilidades de identificação: *E se fosse o meu filho?*

Diante da angústia são mobilizados mecanismos defensivos inconscientes. Como temos podido acompanhar nesta pesquisa, os médicos são constantemente lembrados do intransponível. Uma tentativa possível para a evacuação da angústia é manter-se na “praticidade”.

Nos próximos fragmentos poderemos vislumbrar estas questões:

...na UTI neonatal, a gente deu alta pra um nenezinho que ia com oxigênio pra casa; a casa não aguentava a rede de oxigênio, porque cai a força, entendeu; então, a gente não pensa nisso... a gente chama muito, ainda aqui, a gente chama muito o RN da fulaninha de tal, então a gente acaba, às vezes, não dando nem nome pro nenê, a gente dá o nome da mãe, que é o errado... aí, ela, a gente fala... porque ela... não sei o quê... não doutora, é menino... aí a cara cai no chão... eu acho que é uma coisa muito mecânica... mas a gente trata como um todo, não como o Pedro ou o João, entendeu... é o bebê, é a... Eu acho que isso é até uma forma da gente se defender do amor que a gente tem pela criança... eu acho que a gente acaba desenvolvendo mecanismos de defesa... porque tem noites assim que eu vou pra casa e eu perco o sono e fico pensando, tentando saber o que é que aconteceu, porque não aconteceu, que é que a gente podia ter feito no nenê, como o nenê tá... sabe, assim, de perder sono mesmo por causa de criança... (M.)

...nos casos graves, quando a gente não tem mais o que fazer mesmo... É... Porque muitas vezes você tá lá na correria da UTI, você vai conversar com os pais, e eles mesmos te chamam para a realidade: “Oh, para de ser tão orgânico, seja mais humanista.” Porque eles começam a chorar, começam a falar: “Ah, doutora, mas é um filho que eu queria tanto...” (I.)

A entrada e permanência dos pais na unidade de terapia intensiva neonatal fomenta mais intensamente as identificações. Recordemos a fala de uma médica já bastante experiente dizendo que era mais fácil fazer uma intervenção no bebê quando a permanência dos pais era restrita, já que propiciava uma maior dissociação entre o bebê e sua família. Indiscutivelmente, os médicos estão mais expostos.

A partir da análise dessas identificações, sublinhei quatro subcategorias para discussão:

1. Identificação que remete às perdas do médico
2. Identificação e projeto de maternidade
3. Impotência constitutiva e inerente ao humano
4. Impotência, onipotência e culpa.

3.4.1 Identificação que remete às perdas do médico

Nos próximos fragmentos podemos acompanhar a identificação dos médicos com a impotência e o desamparo vivenciado pelas mães dos bebês internados na unidade:

...às vezes você se coloca no lugar demais e fica pensando: “E se fosse o meu filho?” Né? E assim... eu acho que tá muito recente assim, o meu noivo... ele faleceu no começo do ano, foi TCE, ele ficou 18 dias na UTI, então, eu acho que tudo isso tem uma implicação também, você se coloca... Antes de tudo isso acontecer eu já tinha o hábito de me colocar no lugar... Agora, por ter passado pelo outro lado, por estar do lado da família, isso vem muito mais, entendeu, porque eu imagino o que aquelas mães sentem, e eu sei o que é você ter alguém que você ama numa situação de limite. Numa situação em que... você não pode fazer nada por ele, você tem que confiar naquela equipe médica... (J.)

...às vezes, quando você tem algum familiar que está em uma UTI, você percebe mais ainda. Comigo foi assim, a necessidade desse familiar estar ali, e a

angústia que é para a família ter um paciente em UTI. Eu acho, assim, extremamente necessária, melhora muito a relação deles... só que assim, o médico, por conta disso, tem que se policiar mais, e isso a gente vê com os chefes mais velhos, de fazer comentários que às vezes os pais estão do lado e eles não estavam acostumados com isso... Acho que muitas vezes a gente se pega, tipo, ah, acabou de falecer e você já sai, tá brincando com um no corredor e não respeita a dor daquele pai, mãe, que acabou de perder o bebê, e você nem se dá conta disso... A gente sabe que faz parte da nossa rotina, que fica insuportável se você ficar num clima tenso o tempo todo, mas tem que se policiar mesmo... Meus avôs foram pra UTI e faleceram com um intervalo de vinte dias. Meus avôs maternos... eu sou uma pessoa que sabe uma rotina de UTI, que sabe o que acontece... mas na hora que aconteceu comigo, eu me senti agredida... parecia que as pessoas do lado não estavam nem aí para o que aconteceu, então comecei no começo da residência prestar atenção nisso. (E.)

Emerge nesses fragmentos a questão do desamparo e, sobretudo, a fragilidade, que é mobilizada diante da doença ou da morte de alguém querido. Os sentimentos suscitados pela identificação com o paciente podem vir a mobilizar defensivamente nos profissionais uma descarga da angústia não suportada, o que acontece através de brincadeiras, dos gracejos, das anedotas, dos chistes.

No texto de 1905, “Os chistes e sua relação com o Inconsciente”, Freud observa que, tal como a produção dos sonhos, o chiste consiste em um trabalho psíquico inconsciente que só pode ser conhecido mediante uma reflexão a posteriori. Quanto ao humor, Freud (1927) ressalta que sua essência é poupar os afetos a que a situação naturalmente daria origem e afastar com uma pilhéria a possibilidade de tais expressões de emoção. Para o psicanalista, há um triunfo nessa afirmação vitoriosa da invulnerabilidade do ego; um ego que se recusa a deixar-se afligir pela realidade, pelas circunstâncias, e que, dessa maneira, protege-se do sofrimento.

Há que se considerar que determinado nível de defesas permite um distanciamento necessário. Trata-se de defesas imprescindíveis, sem as quais não seria possível ao médico fazer as intervenções no bebê. Não está em causa, portanto, uma abolição das defesas, mas, sim, a problematização da angústia excessiva e da rigidez

defensiva, que pode implicar a dessubjetivação tanto do paciente/pais dos pacientes, como do próprio médico.

3.4.2 Identificação e projeto de maternidade

A predominância de residentes mulheres na pediatria neonatal é um fato observável. Muitas delas têm um projeto futuro de maternidade. Acompanharemos, nos próximos trechos, a identificação com as mães, mobilizada pelo desejo de filho, bem como seus efeitos subjetivos:

...todo mundo é esperado nove meses, eu, pra te falar a verdade, falei pra minha mãe: “Mãe eu vou ter que ter filho logo, porque eu estou ficando com medo...” Entendeu? Eu estou ficando com medo, porque a gente vê que tanto parto... Eu falo assim: “Eu quero uma cesárea com um corte enorme pro bebê sair”, porque a gente vê tanto nenê asfíxico, não por corte errado, nada disso, mas por dificuldade de sair, há aqueles nenéns convulsionando, e nenê intubado, e nenê... então eu fico assim, eu até... Me angustia, entendeu?... (M.)



...eu acho que a gente, como mulher, eu acho que a gente... fica preocupada, porque eu acho assim, falam que mãe é um amor incondicional, eu não tenho... eu não sou mãe, então, eu não sei, mas eu acho que assim, é muito difícil a gente ter aquele sonho de ser mãe, daquela criança bonitinha de andar com nove meses, de repente você leva pra casa... uma criança que não sorri, que não interage, por mais que você ame, não é aquilo que você sonhava, entendeu? Eu acho que isso, a quebra desse sonho e você ter que ir pra realidade, eu acho que é muito complicado... (M.)

eu que sou mulher, eu ainda não tenho filho, mas sempre me coloco na posição dela!... Nossa! Falar para mim que meu filho está grave está gravíssimo, e que a qualquer momento posso receber uma notícia ruim... (U.)

...você tem filho, igualzinho, quer que ele cresça, corra, brinque, estude, seja tudo igualzinho, né?! Alguém chegar pra você e falar: “Não, seu filho não vai conseguir fazer essas coisas...” É difícil... é doloroso, eu tenho dificuldade de falar em gravidade com a mãe... eu falo... eu até repito mais de uma vez, porque eu sempre acho que não fui enfática o suficiente, que a mãe não entendeu, que às vezes eu tento amenizar e a gente não deve amenizar, né... (C.)

A fala de M. *Eu acho que isso, a quebra desse sonho e você ter que ir pra realidade, eu acho que é muito complicado...* indica tanto o temor de também poder ter um filho tão diferente do sonhado como a quebra da ilusão em relação à potência da medicina e à própria potência de M. como medica para “evitar” o sofrimento. Esses dois aspectos se entrelaçam, na medida em que, como sugere Zimerman (1992), entre as motivações inconscientes que determinam a escolha da profissão está o fato de que *ser médico* permite reforçar a negação da doença, já que, por dissociação, o paciente representa sua antítese.

A mãe do bebê, nesse momento, é quem está vivendo esse inesperado, e o fato de haver alguém passando por determinado sofrimento leva todos os outros a se sentirem como se estivessem imunes e a salvo – como no jogo infantil da “batata quente”, é a mãe que está com ela na hora do “queimou!”. No jogo, o objetivo é não “morrer” com a batata quente na mão: forma-se um círculo com os participantes, todos eles voltados para o centro; um deles fica fora do círculo e de costas para ele; enquanto a batata é passada de mão em mão, ele começa a cantar a música: “ba-ta-ta quente, quente, quente... Em determinado momento, aleatoriamente e de forma repentina, ele interrompe a cantoria dizendo a palavra “queimou!”. Nesse exato instante, quem está com a batata sai do círculo, morre.

No entanto, embora os médicos entrem no jogo para acudir essa mãe que acabou de sair do círculo da brincadeira, a entrada e permanência dos pais na Unidade trouxeram consigo – como venho sustentando no transcorrer deste trabalho – uma maior exposição desses profissionais em sua relação com os pais dos bebês. O bebê objeto do tratamento, de intervenções e apostas, aparece muito mais “historicizado”. O lugar que este ocupa na família e os sonhos projetados para ele se evidenciam no contato frequente e cotidiano com seus pais e, portanto, esse encontro fica mais subjetivado, o que não pode ocorrer sem consequências para o médico. Além do RN, que precisa de

cuidados, ele escuta os relatos sobre um bebê que tem nome, que é/foi desejado, uma história familiar que o precede e que, ao mesmo tempo, o constitui como um bebê único. Nesse cenário, ficam em evidência as possibilidades de identificações. Essa convivência tanto pode propiciar uma relação melhor com os pais durante o atendimento ao bebê, como pode acirrar o distanciamento e mesmo a indiferença, como defesa diante da dor não tolerável.

Vamos seguir alguns trechos que falam do efeito que o saber acerca da história do bebê provoca no médico:

...Eu me sinto mal, porque essa menininha que tinha malformação, era assim, toda malformada, a mãe me mostrou a foto do quartinho todo rosa, tinha roupinhas todas rosas, fitinhas todas rosas, sabe, ai... aquilo pra mim, nossa! Porque assim, bem ou mal a gente sabe... nós não somos deuses, assim, pra falar não esse vai morrer, esse vai viver! Mas a gente sabe, mais ou menos, o que vai acontecer, então, eu acho que aí eu não gosto de saber. (M.)

...A gente tem uma criança, anoxiada, que está há seis meses com a gente, e de repente apareceu um recadinho do irmão, que nunca viu a criança: "V., te amo, seu irmão que não te conhece, G.". De... a gente de repente se preocupar com esse irmão, e a gente foi atrás da psicóloga, para tentar deixar a criança de cinco anos entrar para ver aquela criança. E ao mesmo tempo, às vezes... isso seria o lado positivo, e um lado negativo, você vê às vezes reanimações mais prolongadas, que nem teriam tanta indicação...e às vezes você vê a pessoa se prolongando naquilo, também negando aquela parada, por também saber de toda a história familiar. (E.)

...Então, ela tinha nível superior, estava tentando engravidar há cinco anos, não conseguia, foi fertilização in vitro, foram trigêmeos, ela perdeu um na barriga. No nascimento, um bebê morreu com trinta minutos e ficou a segunda bebezinha, a outra bebezinha, foi 670 gramas, 24 semanas. O meu primeiro contato com a mãe foi: "Que tubo é aquele, o que vocês já fizeram e cadê o

resultado do exame?”Eu nunca tinha visto a mãe e a mãe já chegou assim para mim... a gente foi ver a história dela que, até então, a gente não sabia toda essa dificuldade... Porque aí eu entendi a agressão dela comigo, ela não tava me agredindo, ela estava se agredindo porque ela não tinha conseguido segurar o neném na barriga dela... Ajudou, porque aí, quando eu percebi isso, na outra vez que ela veio, eu já cheguei para ela, pedi para ela pegar no neném, para ela sentir que o neném estava ali, que tinha nascido prematuro, mas tava ali, bem ou mal... Não era culpa dela o que tinha acontecido... Foi uma volta que a gente deu para chegar no ponto... Porque tá na sala de parto, o bebê nasce de 600 gramas, a gente nunca vai pensar em pegar o bebê e mostrar pra mãe, conversar com a mãe ali, a gente tá na urgência do neném que nasceu daquele jeito, precisa de cuidados imediatos. (R.)

Apesar de os lugares ocupados pelo médico e pelos pais dos bebês serem marcados por essa dissimetria, entre aquele que oferece assistência e os pais que precisam que seu filho seja objeto desse saber há uma simetria que retorna insistentemente. Como revela C.: *Você tem filho, igualzinho, quer que ele cresça, corra, brinque, estude, seja tudo igualzinho*. Nesse sentido, entre o médico e os pais evidencia-se uma total simetria: sujeitos humanos singulares confrontados com o desamparo, com a finitude, com perdas e lutos diversos, com feridas narcísicas, com temores, com ideais, projetos...

3.4.3 Impotência constitutiva e inerente ao humano

Nessas entrevistas identifiquei uma fala recorrente acerca dos “bebês bons”. Bebês a termo, grandes, bonitos, que tiveram problemas na hora do parto. A insistência com que esse conteúdo apareceu – e sem ter sido por mim contemplado no roteiro das entrevistas – mostrou-se bastante revelador da identificação angustiante, penosa, com a

possibilidade de ser surpreendido pelo acaso, pelo imprevisível, pelo que não é suposto e que remete à vulnerabilidade.

A identificação dos médicos com os pais mostrou-se mais ameaçadora, como se a imunidade defensiva – tantas vezes necessária – de que “isto jamais poderia acontecer comigo”, fracassasse diante desses nascimentos, deixando o profissional mais exposto aos próprios temores. A defesa que garantiria a ilusão do “isto que aconteceu com esta mãe, com este bebê, não poderia acontecer comigo”, que é nutrida pela diferença em relação aos pais dos bebês – seja ela cultural, social ou pelo modo de vida – parece não se manter diante desses bebês “bons”.

...Tem um aqui que eu fiquei um pouco, não triste assim, mas você fica meio chocada porque era um bebê grande e, às vezes, assim, dependendo da situação você até se põe um pouco no lugar, você fala assim... Nasceu essa noite um bebezinho que não descia no canal de parto. Ele praticamente foi arrancado. E convulsionou, tá supergrave. E aí, por exemplo, às vezes, tem vez que você vê e fala “Nossa, que horror”, mas fala “Ai, e se fosse eu?”... Ah, é quando você foge, né? Fala: “Ai, que horror. Tomara que não aconteça comigo.” (H.)



...E geralmente, a gente sempre fala, são aqueles pré-natais assim com nove consultas, o bebezinho com 39 semanas, peso bom, bebê bonito, primeiro filho, que gera toda expectativa do mundo naquela criança, e a criança morre. (H.)

...o problema foi de parto, o bebê ficou muito tempo no canal de parto, nasceu muito ruim, não reagiu... um bebê superesperado, planejado... acho que quando o bebê é prematuro a mãe já fica mais... ela já é mais centrada, assim, né... porque ela já sabe os riscos, mais né... o que pode acontecer... agora, um bebê que nasce de termo, nasce tudo bem... e tem problema bem na hora do nascimento... eu acho mais difícil... bebês grandes, assim”. (C.)

...durante a gravidez correu tudo bem, o bebê de repente ao nascimento ele tem alguma... acometimento grave, e vem a ficar muito grave ou a falecer, como já aconteceu aqui, sabe... e, aí o bebê ficou internado, por cinco ou seis meses, totalmente em coma, nunca teve uma resposta e foi uma criança que durante toda a gravidez passou sem ter problema nenhum... essa situação é terrível, eu acho a pior... porque quando a criança nasce prematura, a mãe já tem aquela coisa de que... é prematuro!... e o médico ainda chega e fala: “É uma situação grave”, então... ela tem esperança que a criança saia, mas ela sabe da gravidade, ela sabe o que pode acontecer... mas, agora uma criança que era pra nascer tudo bem, de repente acontece isso, é bem mais complicado... (P.)

Retomo o fato de que entre os entrevistados 19 eram mulheres jovens. Ao se depararem com nascimentos de bebês desejados, de mães que fizeram cuidadosamente o pré-natal – *o bebezinho com 39 semanas, peso bom, bebê bonito, primeiro filho, um bebê superesperado, planejado* e que *durante a gravidez corre tudo bem* –, sentem-se mais identificadas com a situação, na medida em que é assim que se imaginam diante de uma futura gravidez, planejada e bem cuidada, e de um futuro filho, desejado, a termo, gordinho e bonitinho:

...a gente teve alguns casos de óbito de bebezinhos que fizeram o pré-natal direito, eram bebezinhos de termo, tinha tudo pra não ter intercorrência nenhuma e, por um motivo ou outro, tiveram problemas durante o parto, ou logo após o nascimento, esses bebês assim, que tinham tudo pra evoluir bem e que acabam evoluindo mal, esses mexem mais comigo. É diferente, assim, dos prematurinhos, ou que tinha alguma patologia, alguma outra coisa, a gente fica triste também, quando acontece algo de pior, mas, eu acho que é mais fácil de aceitar, assim, a gente fala de repente foi melhor pro bebê... ou ele teria sequelas se ele sobrevivesse, mas tem alguns casos que a gente fica assim... mas era um bebê que iria correr tudo bem, mas por algum motivo ou outro foi a óbito, aí mexe mais assim... a gente não é Deus, a gente não vai salvar todo mundo, vai lidar com a morte sempre... Apesar da gente achar que... a gente

sabe que a gente fez tudo o que poderia ter sido feito, mas mesmo assim, dá um pouco de impotência... (S.)

A impotência sugerida por S. parece remeter ao que não é esperado, àquilo que surpreende e desorganiza as referências, que aponta para a falta de controle. Para além de todo conhecimento, tecnologia, avanços da medicina há algo que escapa, que não se deixa apreender. Em alguns nascimentos prematuros e ou com diagnósticos pré-natais de problemas já há, de certa forma, um saber médico previsível quanto aos possíveis efeitos sobre o bebê, e esse saber funciona como um sinal de alerta: trata-se de uma situação de perigo.

Sustento que a morte desses bebês “bons” ou as sequelas decorrentes desses partos têm o efeito de choque traumático para os médicos, pelo fato de aparecerem onde não se esperava: é um susto. Freud (1920) define o susto como um estado que invade o sujeito quando se depara com um perigo em relação ao qual não estava preparado, causando grande impacto.

Como Laplanche (1998) expõe, traumatismo e susto estão intimamente ligados. Apesar de essa experiência inesperada com esses “bebês bons” poder se repetir – o que representaria uma contradição, pois perderia seu estatuto de surpresa – acredito que o excesso psíquico dessa exposição do médico ao seu próprio desamparo continua a produzir o susto. Algumas experiências nos flagram e nos destituem de nossas garantias ilusórias, trazendo para o primeiro plano o temor e o terror, a doença e a morte.

Zaidhaft (1990) ressalta que a morte dá medo da própria morte, da decadência que leva à morte, e ao medo da morte das pessoas amadas:

Todos nós necessitamos de alguma crença, seja religiosa, seja científica, que nos explique o mundo e a nós mesmos (mesmo que esta crença seja o descrer das crenças). Todos nós necessitamos para poder sobreviver, de uma dose de negação da morte (...) de que a morte não nos pegará (nem os que amamos), pelo menos não tão cedo assim. (p.13).

A morte de um bebê, de um filho, desse que representa simbolicamente a imortalidade, nos pega cedo demais, fora de hora e de lugar. O conhecimento mostra-se um ancoradouro possível diante da impotência e possibilita a criação e o desenvolvimento de recursos nas diferentes áreas do saber e da produção humana. O ser surpreendido pela morte de um bebê a termo e bonitinho, como todos nos gostamos de imaginar nossos filhos, ameaça e expõe a fragilidade e o imponderável a que todos nós estamos submetidos – no lugar em que o conhecimento não nos oferece nenhum conforto; no instante em que nos damos conta de que “isto poderia acontecer comigo”.

3.4.4 Impotência, culpa e onipotência

Vamos acompanhar, nos próximos trechos, como o médico significa as perdas, e de que formas essas perdas se articulam com a impotência e a culpa:

É angustiante, né? Eu não sei, às vezes, a gente fica até sem ter o que falar pros pais. Não sei, tem horas em que você não tem o que falar. Porque você fala as coisas, e eles ficam “E se fizer isso, e se fizer um transplante? E se fizer, sei lá, dar outro antibiótico?” Mas tem horas que não tem o que fazer, né? Você sabe que isso não vai mudar. Pro médico, isso é angustiante, porque a gente quer que a criança sobreviva... e eu fico pensando, assim, eu sempre me coloco, assim, imagina se fosse meu filho que estivesse morrendo? Às vezes fica três dias naquele vai-não-vai... Não sei, acho que eu não consigo exprimir numa palavra.
(I.)

...você tá ali vendo um pai e uma mãe sofrendo, você sente assim... impotência. A criança não tá bem, preciso fazer alguma coisa. Você pega um pouco do sofrimento, né?... Acho que a gente trabalha muito com esse sentimento de culpa, de, como é que fala? Quando a gente não consegue, a gente não tem controle da situação... Porque você não tem controle da situação. Porque cada

criança reage de um jeito... Você não tem controle nenhum. Você tá ali pra ajudar, pra tentar fazer o melhor... Mas controle... (O.)

Eles querem saber como o bebê está... a... a maioria que saber quando que o nenê vai ter alta, né... e como que o nenê vai ficar depois que tudo isso acontecer... e muitas vezes é difícil pra gente dar esse tipo de informação... né, a alta é uma coisa, assim... bem difícil de ser dada, porque... nossa, quantos nenês que estavam prontos pra alta... Tinha intercorrência, às vezes, acabava evoluindo pra óbito... então, são coisas difíceis de você lidar... É bem complicado... é bem complicado, você chega pra mãe e fala, né... Esse fim de semana, mesmo, aconteceu isso, um bebê que, de manhã, eu falei pra mãe, que estava estável, realmente ele tava, tinha melhorado bastante... à tarde ele teve uma arritmia, parou e não voltou... então, assim... até eu fiquei chocada quando eu fiquei sabendo, porque é uma coisa que você não espera... que o pai não tá esperando... e de repente vem alguém e fala: “Teu filho tá bem...” e de repente, vem alguém e fala: “Teu filho morreu...”. Então, é complicado isso ... Eu fiquei triste... porque foi um bebê que eu recebi... que eu fiquei tomando conta desde o começo, né... então, assim, era um bebê que eu achava que ia sair... apesar de ele ter uma patologia complicada, apesar de eu saber que o óbito tinha uma chance grande de acontecer... mas, eu fiquei... fiquei chateada...” (P.)



...você tenta compreender o que aconteceu... tentar entender porque que isso aconteceu e... partir pra outra... tentar... apesar de não ter sido um erro... tentar evitar que aconteça o mesmo com outras crianças... isso não dá pra gente prever... (P.)

Os pais não têm filhos para que morram ou sofram. Não há nome para a perda de um filho. Quando perdemos nossos pais ficamos órfãos. E quando morre um filho? Retomemos, para pensar essa questão, o texto de Freud (1914) sobre o Narcisismo, no qual observa que, diante do nascimento de um filho, os pais mostram-se inclinados a suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que

seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar; a doença, a morte, a renúncia ao prazer, as restrições à sua vontade própria não os atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor.

Da mesma forma, o médico não se forma para que seus pacientes sofram ou morram. A aposta narcísica na profissão é fundamental para sua constituição como campo de ação, assim como a aposta narcísica dos pais no seu bebê é imprescindível para a constituição do vínculo pais-bebê, e do sujeito que desse/nesse laço vai se constituir. No entanto, a ilusão necessária deverá implicar a desilusão, seja na relação com um filho – que não pode ser tudo para sua mãe e nem ela ser tudo para ele – ou na profissão, que tampouco pode sustentar um lugar de completude.

O médico é tantas vezes o portador da notícia que provoca dor e não a “extraí”, apesar de tudo que pode ser feito há algo que não pode ser. Representa, portanto, a quebra da ilusão do controle sobre a “natureza” inexorável da doença e da morte que remete aos limites e à impotência inerente ao humano.

Vejamos, nos trechos a seguir, como os residentes lidam e como significam a perda da ilusão de controle:

*Quando não dá pra fazer nada... Acho que a gente trabalha muito com esse sentimento de culpa, de, como é que fala? Quando a gente não consegue, a gente não tem controle da situação... Às vezes você tá com um paciente que tá superbem, você acha que tá controlando a situação, tá tudo controlado, e de repente vem, acontece alguma coisa inesperada, e você fala: “Meu Deus, mas será que eu não vi, não percebi, não examinei direito? Deixei de pedir algum exame?” Às vezes não, você revê e vê que você fez tudo. E você tem que lidar com aquilo, fazer o que você pode para reparar o que aconteceu. É muito ruim.
(O.)*



...E de repente, de um dia, foi questão de horas, a criança afundou, a gente teve que intubar, começou diálise, ela tinha um erro inato de metabolismo, que normalmente o prognóstico é péssimo... E a mãe não tava acompanhando de perto a criança, isso que é o pior. Vinha de vez em quando. Veio, a criança tava

superbem. Aí no outro dia ela vem, a criança tá morrendo. Foi muito difícil, porque elas se desesperam, acham que a gente tá escondendo alguma coisa, “Por que vocês não me contaram antes?” Mas antes a gente também não sabia”. Eu vejo essa mãe, e falo: “Gente, a gente também não sabia.” O diagnóstico a gente fez quando a criança piorou mesmo. Difícil usar as palavras, assim, mas é desesperador. Quando você vê a mãe desesperada, você se constrange... (O.)

...essas crianças que você vê que tão piorando por sepse, por problema pulmonar, seja lá o que for, você vê que a coisa tá degradingolando, você faz o que... você tenta fazer o que tem que fazer... se não dá, não dá, paciência, entendeu?! Isso, realmente, não me abala muito; o que você, às vezes, você fica realmente abalada é quando uma criança morre do nada, que não tem explicação... que isso também acontece, não é?... que aí não é só a mãe que tem que lidar com o negócio... é você também, porque, a criança morreu do nada, entendeu?!... (N.)

A impotência remete à fantasia de onipotência e vice-versa. O ideal desejado, pretendido, ao mostrar-se inalcançável, mobiliza uma quebra narcísica: *deveria poder, deveria saber, ter controle, num bebezinho pequeno você tem um controle*. O que representa o não-controle, o não-saber? Por que diante dessa impossibilidade percebe-se uma recorrente idéia de impotência? Qual será a potência desejada?

Aludi anteriormente à recorrente fantasia materna de culpabilidade, fracasso e incapacidade diante do nascimento de um bebê com problemas, observando que, de maneira análoga, os residentes sentem-se responsáveis e tomam como fracasso e incapacidade o que não podem controlar, evitar ou prevenir: *mas será que eu não vi, não percebi, não examinei direito? Deixei de pedir algum exame?*

A culpa aparece repetidas vezes, tanto no discurso das mães como no discurso dos médicos. Nesse ponto, novamente, encontram-se mães e médicos. Em minha tese de mestrado (2003) discorri sobre a depressão – que está na origem do luto normal – provocada pela perda do bebê desejado e da fantasia de “produzir um bebê” – que

representaria nesse momento a revivescência da ilusão de completude narcísica: “ele tudo seria e poderia”. Agora, o objeto desloca-se para a completude projetada no “eu: médico”.

O que considero importante destacar, aqui, é a analogia possível entre a mãe diante da perda do bebê sadio desejado, que representaria seu ideal, e o médico, ante o não cumprimento do seu desejo em relação à medicina e à sua própria atuação, remetendo a um sofrimento relacionado à não realização das expectativas desejadas de si mesmo. Essas perdas tanto podem possibilitar reflexões, elaborações e crescimento psíquico para os médicos, como podem desencadear um estado melancólico diante da perda do seu ideal, podendo, ainda, gerar uma postura defensiva na busca de um saber totalizante. Os ideais são importantes e podem levar à criação, no entanto, podem ser acusatórios, tirânicos, persecutórios e mesmo paralisantes.

3.5 A comunicação da morte

Insucesso é quando o bebê morre né...

(U.)

A morte se revela um estranho sinistro que nos é familiar. Conforme emerge no artigo de Freud (1919): o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho e, há muito, familiar, algo que deveria ter permanecido oculto, mas que mostrou-se presente.

De que maneira a comunicação da morte de um bebê, aponta para o familiar? A morte é do outro, mas, provoca a finitude de todos. Rocco (1992) cita que o ser médico corresponderia a uma fantasia mágica de deter a morte. Por mais que racionalmente ele saiba que vai morrer, há uma fantasia inconsciente de que ele poderá controlar a saúde e curar todos os males. O encontro com o limite máximo, a morte, evoca todos os outros limites, impossibilidades e perdas, que aludem à exclusão do imaginário da completude.

...Acho que é a pior parte da profissão. A gente... porque não é uma notícia que a gente tem como dar pela metade. (D.)

...quando você pega aqueles pacientes que você não vê prognóstico... Quando todo mundo fala: “Não investe, não tem mais, não tem o que fazer”, me sinto meio incapacitada, meio impossibilitada, meio “Será que não tem mais alguma coisa mesmo, que eu não tô sabendo fazer?” (O.)

...a sensação de impotência, uma sensação de... eu não sei mais o que fazer... Ele vai morrer, e ele vai morrer por falta de recurso porque tem uma coisa pra

fazer, eu é que não sei... isso é o que me dá mais angústia... será que tinha alguma coisa pra fazer e eu estudei pouco e por isso eu não posso fazer por ele, esse tipo de questionamento, assim, e aí a cobrança de... eu preciso estudar mais, mas eu trabalho muito, eu chego na minha casa cansada... então, eu acho que é mais nesse sentido que eu falo. A impressão de que existe um recurso e eu não sei, porque eu não fui estudar. (J.)

angustiante é quando você vê que você não consegue fazer o que você precisa fazer pelo bebê... quando o bebê evolui com... evolui com uma parada e você não consegue reverter a parada... ou quando você olha pro bebê, você vê que ele não... vai assim... às vezes a gente sente que não vai... e isso é angustiante... porque, às vezes, você já trocou antibiótico, já entrou com drogas vasoativas, sabe, quando... aquele estado de choque mesmo do bebê... acho que esse momento pré... quando você acha que vai... vai pra órbita, e que você acha que você não vai conseguir... porque eu acho que isso é o mais angustiante, o resto a gente vai tentando resolver... mas eu acho que é esse momento... (V.)

Nada mais pode ser feito: “Acabou”! Eis então o limite irremediável da morte, que atinge o profissional, remetendo a um só tempo à sua própria finitude como limite intransponível, à perda da ilusão de poder sempre curar, à impotência diante dessa fronteira.

Zaidhaft (1990, p. 99) ressalta que

A crença de que, mediante o progresso da técnica, se poderia dominar o mundo natural acena ao ser humano com a possibilidade de alcançar um estado de saúde, bem-estar e felicidade totais cujo mentor seria o médico. Este até o século XIX, socialmente desvalorizado, torna-se o “educador da humanidade e redentor das calamidades”.

O médico torna-se, nesses termos, o portador da “esperança” de cura e de “um final feliz”, que não contemplaria a morte. O médico pode identificar-se com a idealização que lhe é projetada. Quando é possível curar e salvar, pode vir a sentir-se como esse redentor e vencedor sobre os males humanos e, nesse sentido, sua atuação confirmaria sua autoestima. Em contrapartida, ao confrontar-se com os limites e com o intransponível, poderá igualmente sentir-se na outra “face”, que remete a esta questão: perdedor, impotente, culpado.

...falar com o pai e com a mãe que o bebê deles foi a óbito... Acho que isso é frustrante pra gente, porque não é o que a gente espera, não é por isso que a gente trabalha, e falar pra um pai, pra uma mãe, que o que eles têm de mais precioso, que eu imagino que seja um filho, não tá mais aqui... Semana passada mesmo, eu tava com um paciente muito grave, uma cardiopatia muito grave, e a mãe queria muito o filho, ela raspou a cabeça, careca, por uma promessa pro filho ficar bom. E a criança faleceu, por mais que a gente tenha feito. Pra gente acho, pra qualquer pessoa, né? ...seria frustrante, pra gente, assim, porque você fica pensando: “Por que, né? Será que a gente fez alguma coisa errada, será que a gente deixou de fazer alguma coisa?” Por outro lado era um caso muito grave, que a gente já tinha essa expectativa de que ia morrer... mas uma coisa que eu aprendi é que não adianta você querer consolar muito a mãe, ficar falando muitas coisas... Então, acho que o que eu mais procuro fazer na hora em que eu vou dar essa notícia é falar: “Eu entendo sua dor, eu imagino como à senhora deve estar sofrendo, a gente fez o que estava ao nosso alcance”. (I.)

...de você ter tentado fazer tudo, e não conseguiu... Às vezes, a gente se pergunta, será que eu sou boa o bastante? Às vezes, você fica... será que eu errei em alguma coisa?... eu passei por cima de alguma coisa?... fica tentando rever mentalmente o que fez... Algumas vezes a gente não entende porque acontecem determinadas coisas, porque a criança estava indo tudo bem e de repente... sabe, então, você fica meio... Será que eu passei por cima de alguma coisa? Faltou alguma coisa? Foi algum erro meu? Será que eu estou capacitada mesmo pra estar aqui... (P.)

Eu acho que a comunicação da morte é horrível... nem sempre você tem resposta pra tudo, porque que ele morreu... (G.)

...a hora que a criança morre sempre dá aquela impressão... nossa... de onipotência, assim... de impotência, que a gente não pode fazer nada, que não tem como, mas eu acho que é uma missão cumprida, tanto da criança como acho que nossa... (M.)



É sofrido. Eu acho que é muito sofrido. Pra mim é, pra mim é, porque... ai você fica, será que se eu fizesse aquilo ia dar certo, será que se eu fizesse isso... (M.)

Essas experiências com a morte podem ser invasivas, excessivas para o psiquismo do médico. Como ressalta Labaki (2010), os momentos de choques em que se deflagra afeto em abundância parecem, todavia, pobres em pensamento, em elaboração, no momento em que se dão. Apesar de a morte ser a única certeza da qual se tem notícias, ela é suprimida das preocupações rotineiras, para que o sentido de permanência possa dar sustentação à vida como projeto.

A morte fisga o médico onde ele se imaginava protegido. Tentar vencer a morte, como se sempre houvesse algo que possa ser feito – “eu é que não sei, mas deve haver alguém que saiba, algum dia eu saberei” –, emerge como uma tentativa de lidar com a angústia insuportável de se ver como semelhante nessa situação que por ser extremamente ameaçadora, mobiliza fantasias onipotentes, que se revelam a partir da impotência suscitada. A indagação *Será que eu sou boa o bastante?* parece indicar a fantasia de que em algum lugar deve haver alguém bom o suficiente para vencer todos os limites.

A morte do paciente revelou-se uma ameaça ao ideal de cura, de evitação da dor e do sofrimento. Interessante a fala de D., quando diz que a notícia da morte não é uma notícia que se possa dar pela metade. Ao mesmo tempo em que tira o véu da negação sobre os limites da vida, falar da morte de um bebê traz consigo a identificação com o sofrimento da mãe, como já abordei na categoria sobre as identificações:

...é difícil, porque a gente não quer perder bebê nenhum, ninguém gosta de perder bebê... e eu acho que a parte mais difícil é quando você fica esperando a mãe chegar... quando a gente sente que fez tudo pelo bebê, aquilo não é... não tem nenhum sentimento do tipo... ai eu podia ter feito... ai eu podia ter acontecido... ai eu podia... como a gente tá dentro de uma UTI, eu acho que pelo menos a sensação que a gente dentro da UTI, é que a gente tem todos os recursos... então, você sente que fez tudo pelo bebê... apesar daquela hora que você tá perdendo ali... não é legal... é muito angustiante, mas você não se sente com a sensação de culpa... entendeu... tipo... ai eu podia ter feito aquilo e ele ia estar vivo hoje... mas, aí você tem que ficar esperando a mãe chegar... Nessa hora da mãe vir eu acho que é a parte que... é mais dolorido... e é difícil de falar... Às vezes ela ficou nove meses... às vezes, não, né... na maioria das vezes ficou nove meses... seis meses, sete meses, mas, poxa... é um tempo muito grande, você fica lá... gerando aquele bebê, gerando um monte de expectativa, preparando o quarto, né... a gente sabe... prepara quarto, compra roupinha... tem vó esperando, tem tio, tem nome pra escolher... tem toda uma perspectiva de vida e... aí você fala que ela, que ela não vai levar ninguém pra casa... (V.)

Eu acho que não existe como você dar uma notícia de morte... entendeu... acho que a gente... isso acho que a gente devia ter aprendido na faculdade, mas acho que a gente não tinha maturidade pra aprender, porque assim, a gente tenta falar todas as palavras... ele não aguentou, ele tentou, ele lutou e aí a hora que a gente vai falar... “mas, ele morreu”, não sai... não sai... nossa! Então, ele lutou, ele não ficou bem, mas ai não sei o quê e, o pai olha pra você com aquele olho de esperança assim, aí você fala... “mas... morreu...” Aí, sabe, morreu... pra sair o... morreu... é o mais complicado de dar a notícia... É difícil... eu acho assim, que pra todo profissional médico, é difícil falar, pode ter um, dois, três anos de profissão, até trinta anos de profissão (M.)

É péssimo. Péssimo, péssimo... eu não fico tão mal pelo nenê eu fico até aliviada, porque tava muito sofrimento, e não ia conseguir mesmo. Mas pela mãe, é muito difícil... (F.)

Nos próximos recortes, aparece a necessidade de um enquadre para que se possa falar da notícia da morte do bebê.

Outra coisa que eu acho que... sempre, na hora de lidar com a família na hora do óbito, que aqui também, é... não tem muito lugar reservado para a gente estar conversando, né? Aí, a gente tem que dar uma improvisada, tudo, para tá conversando com a família, e essa questão é sempre muito difícil. A gente não tem tido muita informação sobre isso, a gente tem um pouquinho na residência, mas nada muito a fundo... (B.)

...tirar a capa de médico e se colocar ali como uma pessoa... “Olha, eu sei que o que eu estou falando pra senhora é duro...” Dar o espaço para aquela mãe ficar do lado do filho dela chorando quanto tempo ela quiser, conversar com ela, sair dali e falar: “A hora que você quiser conversar de novo comigo...” Então, assim, conversar com a mãe, dar aquele tempo pra ela ... colocar um biombo e falar: “Você fica...” Deixar curtir o momento dela, a dor dela... isso é uma parte da minha profissão... Uma coisa que é legal fazer... é assim: “quem pode vir junto com a senhora, seu marido, sua mãe, sua sogra...”, não deixar ela sozinha. Lógico que se ela quiser ficar sozinha ela vai pedir pra ficar sozinha, mas, não deixar ela sozinha naquela hora... (J.)

...sempre leva para um lugar mais sossegado, em que só fiquem os profissionais e a mãe, longe de qualquer outra pessoa. E a gente já vem preparando desde antes: “o seu nenê tá grave”, tudo isso. Daí convence assim, falar, a gente fez tudo... Não tem um jeito bom, na verdade. (F.)

É o mal necessário... mas eu acho que tem que ser feito por alguém e, que o ideal é que seja feito pela pessoa que assistiu a criança por mais tempo... (T.)

Eu acho que elas têm que ter o tempo delas... metabolizar, aceitar e entender. (D.)

Morsch e Braga (2003) destacam que, quando um bebê está morrendo, o menos recomendável é a tentativa de abafar o sofrimento dos pais, reprimir o choro e evitar o contato com o bebê: “Afinal só se pode despedir do que se teve... a falta dessa elaboração favorece o aparecimento de marcas, que ressurgem mesmo sem que se dê conta...” (p.166). As autoras seguem dizendo da necessidade de os pais construírem uma narrativa para esse bebê, para sua vida e sua morte, portanto, uma possibilidade de metabolização e de historicização desse filho.

I. nos fala que não adianta querer consolar muito a mãe, que é preciso entender que houve uma perda; D. afirma que as mães têm que ter o tempo delas para metabolizar; para J., é necessário deixá-la curtir o momento dela, e que isso é uma parte da profissão; V. observa que ninguém gosta de perder um bebê, que é difícil falar, que o resto a gente vai tentando resolver; G. destaca o horror/horrível da comunicação do óbito e M. remete à dificuldade de falar a palavra final: morte... e fala do quarto montado, das roupinhas...

Reconheço nessas falas, um pedido para que se possa falar acerca do sofrimento e da angústia do médico, que tantas vezes permanece em silêncio. Entendo que se trata de escutar suas perdas. Eles também tecem um enxoval quanto estão se preparando para se tornar médico especialista, idealizam uma vida profissional e têm que se ver com as inevitáveis feridas. A dor, a frustração, o sofrimento, tudo isso tem que ser significado.

Os médicos precisam, tal como os pais, construir uma narrativa para suas perdas, para poderem metabolizar a dor inevitável que nos torna, a todos, tão simetricamente semelhantes. É necessário tempo, tempo psíquico, que propicie a ligação da excitação excessiva que a morte provoca, e para isto há que se oferecer um espaço de escuta.

A negação da dor, a tentativa de não sofrer, não se faz sem consequências, e ressurgem em posturas defensivas, dissociadas, podendo levar à dessubjetivação do outro e de si mesmo. O reconhecimento das próprias feridas, dos impasses, conflitos psíquicos, angústias, enfim, do temor à própria morte e a das pessoas queridas torna possível o respeito à alteridade do outro; reconhecimento sem o qual o outro pode tornar-se um objeto de intervenções destituído de sua humanidade, de sua singularidade, enfim, um corpo desabitado onde qualquer intervenção se faz justificável.

A morte se apresenta no final do jogo de xadrez, invencível, revelando ao nosso narcisismo estarecido sua própria fragilidade e, ao mesmo tempo, pode possibilitar, a partir da renúncia ao “ideal” inatingível, a criação de muitas possibilidades de

investimento na vida. Podemos pensar a morte como a representação máxima de todas as interdições e renúncias a que temos e a que já tivemos que nos submeter no decorrer da vida. São muitos lutos, muitas mortes simbólicas de projetos, desejos, investimentos amorosos...

O respeito à morte, sua valorização, o não esvaziamento de sua dramaticidade representam, em última instância, o respeito, a valorização, o não-esvaziamento da própria vida. É mediante o respeito à morte do paciente que se poderá não condenar à morte a subjetividade deste e do médico, ou seja, suas vidas. (ZAHN, 1990, pp. 158-159).

3.6 A participação na entrevista: desamparo e ideais

Passo, agora, à apresentação da última categoria de análise, que não por acaso é a mesma que finaliza o meu trabalho do mestrado, no qual abordo o convite feito às mães para participarem da pesquisa, a forma de apropriação da demanda de falar e os efeitos daí supostamente advindos.

Ofereci aos médicos residentes uma escuta – tal como fiz com as mães em 2003 – escuta essa que, como assinala Dolto (1983), marca a especificidade do psicanalista; é o que permite entender em vários níveis o sentido emocional subjacente ao discurso manifesto.

Perguntei se as questões às quais se referiram na entrevista haviam sido abordadas no período de sua formação. Vejamos algumas respostas:

Não, acho que não. Eu acho que a gente fica muito naquela coisa do científico, da patologia mesmo, a gente não tem, assim, uma abordagem, assim, psicológica. Tanto pra lidar com essas situações quanto pra gente também, porque a gente, emocionalmente a gente é muito cobrado, e a gente tem uma carga... Tem dias, que eu nem trabalhei tanto, mas você viveu coisas tão pesadas que você chega em casa pior do que se tivesse trabalhado... Às vezes nascem três prematuros... Às vezes você nem fez tanta coisa, você tá tranquila, com dois pacientes estáveis, mas que te exigiram muito emocionalmente. Eu chego em casa três vezes mais cansada do que se eu tivesse trabalhado... Eu acho que faz falta... Quando a gente entra no hospital mesmo, que é no quinto, no sexto ano, não tem. Na residência muito menos... Porque às vezes a gente fica depressivo com algumas coisas, né? E não tem nada que a gente possa... Não tem ninguém que chegue pra gente, pergunte: “Ah, como que você tá se sentindo nesse caso, como que você tá se sentindo em relação...” (I.)

Não. De jeito nenhum. Acho que é pouco trabalhado, assim, quase nada. Você aprende sobre a doença, você aprende sobre o desenvolvimento normal, o diagnóstico, o tratamento... (O.)

Esses relatos põem em destaque a questão da cisão entre o que é apreendido e aprendido como fazendo parte do trabalho e da atuação médica, e aquilo que sobra como não fazendo. No entanto, os efeitos psíquicos da atuação médica têm uma materialidade, uma implicação sobre quem a exerce. A forma como o campo do psíquico é ou não abordado na formação do especialista indica um modo de produção de subjetividade que é histórica, cultural e ideológica, e que perpassa o currículo do ensino médico.

Vejamos mais alguns recortes:

Muito pouco... Na verdade, a gente sai do sexto ano, e entra numa residência, começa a levar vida de médico, meio desamparado nesse aspecto de vínculo com o familiar, contato, como dar uma notícia. Então, são coisas que a gente vai aprendendo, a cada notícia ruim que a gente dá. A gente vai modelando a maneira de falar... (D.)

Não, normalmente não são. Normalmente é de cada um. (R.)

...Na formação médica a gente tem parte de... a gente tem a cadeira de psicologia... foi uma coisa lá no passado... a gente não incorporou... (S.)

...Eu acho que seria muito interessante se a gente tivesse... não é aula, mas um bate-papo, uma discussão, com outros neonatologistas, principalmente com o pessoal da psicologia, porque às vezes o próprio docente, ou o próprio contratado que tá com você às vezes não sabe lidar direito. Ele não teve também... É uma bola de neve. Às vezes eu gosto assim, quando alguém vai dar

a notícia, se é alguém que é mais velho que eu, que tem mais tempo, eu vou junto pra ver como que a pessoa fala. Pegar, você pega um pouco do jeito que a pessoa fala... (O.)

Não. Não foram... Assim, eu não sei também se ia mudar muita coisa... assim, não sei de que maneira poderiam abordar isso que você lidaria de maneira diferente com essa situação, porque você só aprende a lidar com essa situação na hora em que você passa por ela, entendeu? (N.)

Pergunto, então, a N. como teria sido se enquanto estivesse passando pela situação houvesse uma discussão.

Aí sim! Aí talvez fosse mais fácil. Realmente, aí sim. Eu acho que ia ficar mais fácil pro profissional, porque ele também tem que aceitar determinadas coisas e lidar com certas situações, que não são fáceis e, acho que talvez ficasse uma coisa mais uniforme pras mães, entendeu? Porque as pessoas têm visões diferentes e limitações diferentes, em lidar com essa situação... (N.)

Nesses trechos emerge o desamparo do médico diante das questões psíquicas mobilizadas na e pela sua atuação na Unidade. Os médicos são expostos a grande quantidade de excitação psíquica; são convocados a atuações e intervenções constantes e muitas vezes podem ser afetados por essas experiências, e sem que se deem conta do que os afeta.

Podemos observar como os residentes marcam em seu discurso o fato de que é na experiência que se aprende e que se constitui uma forma singular de abordar essas questões. Como aponta O., não deve se tratar de uma aula, no sentido de alguém que sabe e que transmite esse saber a quem não sabe, como algo prescritivo ou mesmo comportamental. Esse é um ponto fundamental. Trata-se da possibilidade de oferecer uma interlocução aos médicos durante sua formação como especialistas; em um momento em que a experiência atuada e tantas vezes excessiva possa ser pensada, significada por quem a vive.

Outro aspecto destacado foi o lugar ocupado pelos médicos docentes como figuras empossadas de grande importância e, portanto, de possível identificação. Dessa forma, o que ensinam e o modo como exercem sua função fazem com que esse conhecimento se situe como um modelo para a constituição desse médico especialista em formação.

Ouçamos o que nos diz J:

Não. Assim, particularmente, existe uma médica contratada que aborda muito isso, mas, assim, fica muito no pessoal, sabe?... Tem pessoas que não se importam de falar dos seus sentimentos, tem pessoas que não querem falar sobre eles ou falam com alguns... As que não falam com ninguém vão se endurecer e vão levar uma deficiência... talvez elas estejam um dia no papel de educador de treinamento, de médico assistente de algum lugar que tenha residente e não vão prestar pra esses residentes, aquela... sabe, dar espaço pra alguém falar: “Fiquei chateado” ou pra alguém chorar porque ficou triste que um nenê morreu, sem que ninguém olhe pra você e fale: “Você é fraco por causa disso, você é menos...” Algumas pessoas... aí entra muito o que eu falo, vai muito da personalidade, e da instituição... não pode ficar indo pela personalidade, ela tem que ter coisas estabelecidas com espaços formados, todo R3 tem que passar, não importa se você quer ou se você não quer, se você acha legal ou chato, você tem que ir lá, às vezes a pessoa vai aproveitar aquele espaço e às vezes não vai, mas ela tem que ir, faz parte da formação dela ... Se você tiver possibilidades de sugerir, talvez seja difícil a aceitação... Sugerir um espaço pra que a gente fale sobre os nossos sentimentos. De preferência que envolva os médicos assistentes. Porque uma pessoa só pode ensinar pro outro, alguma coisa que ela sabe e, que envolva até os docentes... (J)



as pessoas que às vezes mostram assim... “eu não dou conta...” né? Tem horas que a gente não dá conta, às vezes elas são tidas como incompetentes e nem sempre elas são! Às vezes elas têm um relacionamento muito bom e o jeito delas, elas são às vezes mais sensíveis ou alguma coisa assim e às vezes todas são tidas como incompetente... e aí, às vezes, vai até se tornar incompetente sim, porque ela vai acreditar tanto que ela não é capaz, que ela não vai ser... Se essa

pessoa tivesse um espaço uma vez por semana, cada quinze dias pra ir lá e falar disso, ela mesma conseguiria ver que não, que ela tem boas qualidades, e que ser diferente do padrão que se criou não quer dizer que você não possa ser excelente profissional, brilhante e se dar muito bem na vida. (J.)

Como já discorri anteriormente, o traumatismo configura-se como um fluxo de excitação psíquica que excede a possibilidade de metabolização do psiquismo. No entanto, no processo da vida estamos submetidos constantemente a “microtraumatismos” que põem em marcha sistemas complexos de simbolização e que podem propiciar o enriquecimento psíquico. (Bleichmar, 2005, 2009, 2010)

Quando somos, por exemplo, confrontados com acontecimentos ou questões que desorganizam nosso saber intelectual e afetivo, o que se apresenta como diferente e enigmático pode nos levar a novas produções de sentido. Esse é o traumatismo que pode ser estruturante, diferentemente daquele que desorganiza. Todavia, é necessário que se tenha clara a equação entre a quantidade de estímulo que ingressa no psiquismo e a capacidade de elaboração do psiquismo. Recorro ao clássico exemplo da descoberta traumática de que a Terra não era o centro do Universo. Como abandonar a crença que sustentava uma maneira de se estar e de se conceber no mundo? A angústia das certezas perdidas pode levar à produção de novos conhecimentos e investimentos, assim como a recusa do enigma pode levar muita gente para a fogueira. O enigma está diretamente ligado ao traumatismo, uma vez que, como enigma não metabolizável, não pode ser apropriado pelo psiquismo.

Interessa-nos especialmente essa questão, dado que um acontecimento tanto pode ser vivido e significado psiquicamente como traumatismo estruturante como desestruturante e não metabolizável. Refiro-me especificamente às constantes e tantas vezes invasivas experiências do residente no atendimento ao bebê e seu entorno na unidade de atendimento intensivo, a morte, as sequelas, a impotência, as perdas de certezas, as feridas narcísicas... Sustento que temos a possibilidade de oferecer a esses residentes em formação uma escuta que possa propiciar a significação, a metabolização do vivido, do experimentado. Como nos diz Bleichmar (2010), se o sujeito não metaboliza o traumático produzem-se modalidades de cicatrizes queloides, cicatrizes que insensibilizam ou diminuem a produtividade de uma parte da vida psíquica, podendo levar a um funcionamento rígido, empobrecido, no limite da funcionalidade.

Estamos no campo da cultura, da ideologia, que perpassa o currículo e seus efeitos na constituição subjetiva da identidade do médico. Claro é que esses residentes são sujeitos constituídos psiquicamente, e que dessa constituição dependerá – com as angústias e defesas predominantes em cada um – o quanto poderão ou não ser tocados por esse trabalho. Sem negar que esse é um limite a ser considerado, faço a minha aposta em que a institucionalização da escuta dessas demandas pode intervir na formação médica circundante, podendo propiciar novas formas de construções subjetivas e conseqüentemente de relações intersubjetivas entre a equipe e com os pacientes.

Quanto à participação na pesquisa, novamente os discursos se encontraram. Como aconteceu com as mães dos bebês, os residentes se mostraram receptivos à possibilidade de serem escutados por alguém de fora de suas relações habituais, sem críticas e com pouco direcionamento. Na dissertação, destaquei que ao me dirigir à mãe, acontece uma “libidinização”, pelo fato de haver um investimento dirigido a ela (Battikha, 2003, p. 83). Da mesma forma, percebo que o meu interesse em escutar os residentes abre um espaço que é qualificado por eles como de reconhecimento e de investimento neles.

As falas acerca da participação na pesquisa mostram vários indícios para que possamos pensar a demanda em um espaço semelhante a esse que se criou nas entrevistas como campo constituído, formalizado e, sobretudo, como necessário na formação desses médicos especialistas.

Porque é uma coisa que a gente não vê acontecer com frequência. Pelo menos eu nunca vi ninguém, assim, se interessar em fazer isso, em perguntar para gente como que é lidar com essas coisas. Então, com as mães, talvez a gente veja mais, né, mas não com a gente, com os médicos! Eu acho que é realmente interessante... E eu acho, assim, que dependendo da pessoa, da estrutura que a pessoa tenha, emocional, familiar, etc., realmente, deve ser muito difícil, assim... eu acho que a pessoa fica meio abalada... você vê que a pessoa muda de atitude, sabe... Você vê... que tem gente que muda e... não é de personalidade, mas muda, entendeu? A pessoa fica, sei lá... mais quieta, mais falante, mais feliz, mais triste, entendeu? Que pode até ser transitório, isso passa, mas você vê que

tá mexendo com a pessoa de alguma maneira, né... Talvez se a gente tivesse um suporte, né... a gente não ficaria assim, né? (N.)

Acho que isso é muito importante, a gente estar revendo, né? ...nossa forma de estar lidando com os pais, e acho que isso só tem a acrescentar... Que finalmente alguém prestou atenção... (B.)

...A maioria dos médicos quer ter um relacionamento bom... Eu acho que é válido principalmente se isso for servir de alguma maneira para implementar um apoio... mas eu acho que pra residente não basta o apoio, como lidar com os pais, mas sim como lidar em ser médico, pra começar, e depois ser médico intensivista... e isso é muito de cada um. Por exemplo, eu acho que tem gente que abraça bastante a causa, é o meu paciente, tem gente que não conversa. Colegas meus que não conversam... Mas talvez se isso fosse abordado melhor, eles se sentissem mais seguros pra falar sobre isso. (H.)

... eu acho que muito poucas vezes nós somos ouvidos, a gente trabalha... mas assim... é difícil alguém perguntar pra gente o que a gente acha de tal coisa... (P.)

Eu achei bacana, assim, a idéia, a preocupação com essa área. Com esse aspecto, principalmente de suporte, que a gente acaba não tendo. A gente é formado pra lidar com doente, lidar com doença, e um pouco de relacionamento, de comunicação, tal, mas assim, uma orientação aqui, outra ali, né? Nada assim, organizado, formalizado. Então achei interessante a abordagem desse aspecto. (D.)

Outro aspecto que se evidenciou durante a realização das entrevistas e que parece confirmar a necessidade de um campo constituído quando do treinamento desses residentes, foi a produção de pensamentos para a experiência vivida na assistência ao

bebê e à sua família, o que parece ligar-se à possibilidade de nomear, de organizar, de significar a ação e transformá-la em reflexão, na presença de alguém que demanda palavras e que está em possibilidade de escuta:

É bom porque você para pra pensar um pouquinho. Porque às vezes você passa tão rápido o dia, passa tão batido, que às vezes você não para pra pensar. Poucas vezes você para e “Não, preciso pensar um pouco sobre isso.” (O.)

...eu parei pra pensar algumas coisas que eu nunca tinha parado pra pensar. Em várias ocasiões aconteceu isso. Em geral, eu estou me sentindo bem, aliviada, de tá podendo expor tudo isso... é... eu acho que, no geral foi bom, porque daí você sente como um alívio... (A.)

Olha... pra ser sincera eu, nunca pensei muito... eu acho que até seria legal se a gente tivesse um curso... sei lá... de repente igual a gente tem aulas aqui... das partes de... das doenças... a gente vai assistir um pouco aulas de psicologia... (V.)

...Estou sentindo necessidade assim de falar, acho que eu tenho que procurar alguém pra falar disso mais vezes... olhando para sentimentos meus, que se eu não tivesse falando pra alguém talvez eu não olhasse... Com vontade de fazer melhor, coisas que nem sempre... fazer melhor algumas coisas, igual a hora que eu falei... “Ah! Tem horas que eu fico irritada”, poxa não quero ficar irritada tantas vezes, né... eu quero saber, uma hora que estiver tudo pegando fogo, falar com aquela mãe de um jeito que eu até não vou dar atenção pra ela naquela hora, mas eu vou deixar ela com a segurança de que alguém está se importando com o problema dela. (J.)

Me angustia muito cuidar, por exemplo, de pacientes cardiopatas que eu não tenho muita experiência. Isso me angustia demais... eu sofro demais, eu fico ansiosa, eu fico insegura... Eu chego em casa exausta. Exausta... Eu não gosto

de cuidar de paciente cardiopata, não sei se eu não gosto porque eu não sei, se eu não sei porque não gosto. E também não sei se... talvez assim, porque meu pai tem muito problema, né? Ele já operou, já quase morreu, já enfartou. Então eu fiquei muito tempo com ele no hospital, por causa de problema no coração. Não sei se tem alguma coisa a ver, não sei. (I.)

...Eu acho que a gente poderia ter tido uma teórica... uma teoria geral, lá na parte acadêmica mesmo, mas eu acho que dentro de cada especialidade acho que a gente precisava disso, pra cada um saber lidar com essa parte mesmo, assim, de convívio com os pais, com as crianças, com os casos mais graves, com a morte; porque, é uma coisa assim que a gente tem que aprender a lidar, porque também tudo que tiver de ruim acontecendo e a gente ficar triste, a gente ficar guardando, vai chegar uma hora que a gente não vai aguentar mais... (S.)

Após tanto tempo deixando-me impregnar pelas falas desses médicos, meus companheiros neste percurso, reconheço a angústia que neles é suscitada ou provocada por sua prática, e passo às considerações finais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O final deste trabalho me leva à sua gênese. Em 2003, desenvolvi minha dissertação de mestrado, escutei a angústia das mães dos bebês que nascem com doenças orgânicas graves e, em minhas considerações finais, reconheci a necessidade de oferecer também uma escuta para a angústia dos profissionais confrontados cotidianamente com o sofrimento do bebê e de seus pais.

No entanto, dirigi minha atenção para o médico residente, uma escolha que é reveladora. Há dois começos, dois anúncios de futuro: o do bebê e o do médico-especialista em formação. O bebê, diante de seu desamparo originário, depende de “outro” que nele invista, e que possa transformar seu choro em enunciados, assim como o médico-residente, diante das angústias mobilizadas ante tantas demandas – dos pais, dos docentes e daquelas que são geradas por suas próprias expectativas –, necessita, em sua formação, de um investimento que possa transformar os excessos psíquicos em enunciados e possíveis elaborações.

O estresse a que fica submetido o residente no seu processo de aprendizagem e na prática assistencial, bem como na relação estabelecida com os pacientes, vem sendo foco de interesse e propostas de intervenções. A interpretação do material das entrevistas expôs que parte desse estresse tem íntima relação com as angústias excessivas suscitadas e que, uma vez não nomeadas, não podem produzir trabalho psíquico. Além disto, o que não é abordado na constituição desse médico especialista quando de sua formação, pode vir a ser repetido na sua atuação profissional e como futuro docente-formador.

A repetição e o tempo de experiência não são transformadores por si mesmo. O que pode ser transformador e oferecer novas possibilidades e ancoragens para essa mesma práxis é a sua reflexão.

Dito isso, vejamos agora, de forma sintética, o que foi sendo revelado pela análise das categorias emergentes e de que maneira poderá vir a contribuir oferecendo novas significações para pensar a ação cotidiana dos médicos na unidade e nas relações interpessoais que se estabelecem.

Os médicos reconhecem a importância da permanência dos pais na unidade e demonstram empatia e identificação com eles, contudo, essa permanência também mobiliza incômodo e, muitas vezes, é vivida e referida como excessiva e intrusiva, desencadeando indignação e ressentimentos.

As expectativas dirigidas aos médicos pelos pais, tantas vezes não passíveis de serem realizadas, põem os médicos em contato com as suas próprias exigências ligadas aos seus ideais de conhecimento, de poder resolver, de cura. Portanto, as reivindicações dos pais encontram ressonância no próprio desejo do médico. Os pais podem depositar no médico um saber incondicional e absoluto, pedindo certezas, soluções e garantias, da mesma forma que o médico pode depositar na medicina e na sua atuação um imaginário de completude, podendo, assim, experimentar os limites como um duro golpe na sua autoestima; um golpe desencadeador de angústias.

A permanência dos pais na unidade foi também referida nas entrevistas como uma forma de testemunho e cumplicidade com os médicos residentes em seus esforços no atendimento ao bebê, mesmo quando os resultados são diferentes do desejado. O foco do médico em equivalência ao salvar, impedir sequelas – que pode vir a converter-se em um ideal autoacusatório à medida que não pode ser cumprido – desloca-se para os cuidados, o que contempla os limites; apesar de estarem fazendo o possível para a manutenção da vida e da qualidade de vida do bebê, há impossibilidades a que estão submetidos.

Diante da questão da comunicação do diagnóstico do bebê, os entrevistados revelaram fundamentalmente duas diferentes concepções acerca do que deve ser dito aos pais. O imperativo explicitado de “falar tudo”, compreendido como anunciar o que está acontecendo e o que pode vir a acontecer em função da condição do bebê, apresentou-se em diversas entrevistas como uma predição diagnóstica e mesmo prognóstica – o que difere da comunicação de um diagnóstico sabido, ou de um prognóstico advindo deste. A análise do material disponibilizado indica que essa antecipação significa uma tentativa de controle dos médicos e está associada à descarga da angústia mobilizada no profissional, que pode a qualquer momento ser surpreendido pelo inesperado. O inesperado, em última instância, remete à morte, seja do paciente ou do próprio médico, e a antecipação seria então uma tentativa de vencê-la.

De forma contrastante, há residentes que defendem a não antecipação na comunicação diagnóstica ou prognóstica. Estes têm como foco não sobrecarregar os pais com informações excessivas que não podem ser metabolizadas, sobretudo nesse

momento de tanto sofrimento e angústia, e indicando também a necessidade de se preservar uma “fresta”, “uma abertura”, de maneira a proteger a capacidade imaginativa e o investimento dos pais no seu filho.

Muitos são os impasses que se estabelecem entre os médicos e os pais dos bebês na comunicação do diagnóstico. Frequentemente os médicos neonatologistas relatam que, após a comunicação de um diagnóstico ou prognóstico grave, a mãe pergunta quanto o bebê engordou; pergunta se, tirando “a cabecinha”, em que há hemorragia grave, o resto está bem. Outra questão recorrente é a dificuldade dos pais para a compreensão da comunicação diagnóstica e a necessidade de repetirem inúmeras vezes a mesma informação como se fosse a primeira vez, o que pode tanto provocar incômodo como irritação no médico.

Diante do desejo de que os pais escutem e entendam e das perguntas que retornam, apesar de toda e qualquer explicação disponibilizada, não é fácil para o médico compreender e diferenciar o que determina a não compreensão do que foi comunicado. Suas interpretações acerca das dificuldades comunicativas recaem no tipo de linguagem utilizada, no nível cultural e socioeconômico dos pais, oscilando entre esses fatores, a negação defensiva e a manutenção da esperança e do investimento amoroso dos pais no seu bebê.

A má notícia não corresponde aos desejos dos pais, tampouco corresponde aos desejos do médico, para quem ser o portador da notícia que provoca dor mobiliza angústias – tanto pela identificação com os pais, ao se imaginarem na mesma situação que eles, como pela impossibilidade de poderem evitar as sequelas ou a morte do bebê, por não poderem curar.

Os pais se deparam com a perda e o luto do bebê saudável desejado, mas, para o médico, o que representa repetir inúmeras vezes a mesma explicação? A que perda se vê remetido? Assim como os pais idealizam um bebê maravilhoso, que tudo poderá e a quem nada faltará – que representa o seu próprio ideal, aquilo que desejariam ter sido e, diante do nascimento de um bebê com problemas ou de risco, sentem-se impotentes, incompetentes, culpados, revoltados –, da mesma forma o médico pode se sentir assim diante dos limites aos quais sua prática o envia. Podemos compreender que, para o médico, falar repetidamente remete insistentemente aos limites não só da medicina, mas aos seus próprios limites e impossibilidades, assim como o lembra de sua própria vulnerabilidade.

Para o médico, a morte do paciente – como se evidenciou na análise – articula-se com os sentimentos de impotência e culpa. O ideal pretendido, ao mostrar-se inalcançável, remete à impotência e, portanto, à quebra da potência suposta. Tomam como fracasso o que não podem evitar ou mesmo prever. O não cumprimento do seu desejo em relação à medicina e à sua própria atuação mobiliza angústia e sofrimento. Não é fácil ser o portador da notícia daquilo que é irreparável, que não tem final feliz, revelando a queda do ideal da cura, da evitação da dor. Essas experiências podem ser invasivas e excessivas para o médico, razão pela qual, muitas vezes, participar rapidamente um diagnóstico ruim ou a comunicação da morte seja um recurso defensivo para a evacuação da angústia.

Os pais satisfazem sua própria necessidade de estima hipervalorizando o seu filho. O nascimento de um bebê representa uma revivescência da ilusão de completude, já perdida, e renovada em seu nome. Frequentemente, quando um elogio é dirigido ao seu filho, agradecem e tomam para si o atributo por “tê-lo feito assim”, o que se articula com a manutenção do seu amor próprio. No entanto, esse filho também estará submetido aos limites e interdições inerentes ao sujeito humano e, novamente, o ciclo de exclusão do imaginário da completude será imposto.

Em analogia, o tornar-se médico especialista também remete a ideais, ao empenho e à dedicação na busca pelo conhecimento que se vinculam aos desejos em relação à medicina e à sua própria atuação. A busca pelo conhecimento, as exigências, os ideais, são fundamentais e podem levar ao aprimoramento, à criação e impulsionar o crescimento; no entanto, podem ser também tirânicos, persecutórios e mesmo paralisantes. A perda da idealização e o confronto com os limites podem possibilitar reflexões, elaborações e crescimento psíquico, mas também desencadear um estado melancólico e auto-acusatório, gerando uma postura defensiva na relação com os pacientes ou com os pais de pacientes.

Claro é que trabalhar esses aspectos na formação do médico especialista tem seus próprios limites. Trata-se de uma abordagem dessa problemática junto aos alunos para que possa ser pensada, entretanto, não poderá recair nas questões singulares e constitutivas de cada um, uma vez que não se trata de análise. A respeito da própria finalidade da psicanálise, compartilho com Ocariz (2003, p. 194) quando diz que:

A Psicanálise não é uma experiência de “conheça-se a si mesmo”, senão de conhecimento e aceitação dos limites desse conhecer a si mesmo. É importante descobrir as próprias armadilhas, descobrir em que se está enredado. O sujeito terá que se haver com seu desejo e aprender a suportar o imprevisto e a incerteza; aprender a aceitar um não-saber que implica o reconhecimento de sua vulnerabilidade, falibilidade e finitude... O ser humano não se cura da vida...

Conquanto os lugares ocupados pelos médicos e pelos pais dos bebês sejam marcados por uma dissimetria, entre aquele que oferece assistência e os que precisam que seu filho seja objeto desse cuidado há uma simetria que se revela invariavelmente. O contato cotidiano com a dor, o sofrimento, a angústia, a doença, perspectivas de vida e de morte do outro remete o médico, consciente ou inconscientemente, às suas próprias perdas, lutos e temores.

Os médicos se colocam no lugar dos pais, em relação à própria experiência com a morte de alguém querido, pelo reconhecimento de sua própria fragilidade diante da falta de controle sobre a doença e a morte ou no desejo futuro por um filho, junto com, o temor de que ele possa nascer com problemas. A identificação pode ser propiciadora da empatia e do vínculo afetivo com os pais, mas, igualmente ameaçadora para o médico, na medida em que expõe a igualdade que existe entre eles.

A identificação angustiante com as mães dos bebês nomeados bebês “bons” revelou-se recorrentemente nos discursos analisados. Bebês a termo, grandes, bonitos, que tiveram problemas na hora do parto. Retomo o fato de que, entre os 20 entrevistados, 19 eram mulheres jovens. Ao se depararem com nascimentos de bebês desejados, de mães que fizeram cuidadosamente o pré-natal, sentem-se mais identificadas com a situação, na medida em que é assim que se imaginam diante de uma futura gravidez, planejada e bem cuidada, e de um futuro filho, desejado, a termo gordinho e bonitinho. A morte desses bebês “bons” ou as sequelas decorrentes desses partos têm o efeito de choque traumático para os médicos, dado que aparecem onde não se esperava. É um susto; aquilo que surpreende e, portanto, desorganiza as referências remetendo à fragilidade e ao imponderável a que todos estão igualmente submetidos.

A análise das entrevistas evidenciou que a entrada e a permanência dos pais na unidade de terapia intensiva neonatal intensificaram as identificações do médico com os pais, enquanto o bebê, objeto do tratamento, intervenções e apostas, aparece muito mais “historicizado”. A escuta constante de relatos sobre um bebê que tem nome, uma

história familiar que antecede a sua e que, ao mesmo tempo, o constitui como um bebê único, deixa as possibilidades das identificações mais em evidência. Esse encontro entre os médicos, o bebê e seus pais, fica mais subjetivado, o que não deixa de ter consequências para o médico, podendo tanto propiciar uma relação melhor, como acirrar suas defesas psíquicas.

Ofereci, neste trabalho, uma escuta aos médicos, assim como o fiz com as mães em minha dissertação. Assim como elas, os residentes mostraram-se receptivos à possibilidade de serem escutados por alguém de fora de suas relações habituais, sem críticas e com pouco direcionamento. As entrevistas tiveram um propósito acadêmico, no entanto, revelou ter propiciado ao residente um trabalho, mesmo que incipiente, de ligação psíquica. Ao ser escutado, o residente que fala também se escuta. Este trabalho, portanto, confirmou o valor elaborativo e organizador de uma escuta oferecida aos residentes, mostrando-se como indicativo fundamental para que possamos pensar, a partir do conteúdo que se explicitou nas entrevistas, uma proposta de intervenção na formação desses profissionais.

Ante a urgência da ação, dos procedimentos, das decisões, não há tempo para metabolizar aquilo que o ato mobiliza. Há que se ter outro tempo para que se possam nomear as excitações psíquicas, as incertezas, aquilo que talvez imaginem não deveriam sentir ou pensar. Vimos no material das entrevistas que a fragilidade e as dúvidas podem ser significadas como fracasso e incompetência, e mesmo como incompatibilidade para exercer a profissão.

Poder escutar esses residentes acerca de como vivem a comunicação do diagnóstico, a relação com a dor do outro, a impossibilidade da cura, as perdas – seja das próprias idealizações, seja do paciente –, pode confirmar que esses aspectos são intrínsecos e não acessórios à sua formação. Os efeitos psíquicos da atuação médica têm uma materialidade, uma decorrência sobre quem a exerce. Poder trabalhar esses conteúdos implica a possibilidade de diminuir o nível de angústia, propiciando a emergência do pensamento e o acesso à significação da prática cotidiana.

Não se trata, claro, de uma escuta ingênua, tampouco fundada na catarse. A especificidade desse trabalho situa-se na possibilidade de devolver para os profissionais a angústia que expressam, de forma modificada; de maneira que possam pensá-la, simbolizar e organizar enunciados que propiciem conhecimento, e para tal há que se trabalhar com as representações dos médicos residentes, com os modos como

significam e compreendem suas experiências e com os atributos que conferem a sua práxis.

Diante destas considerações, identifico que minha ênfase recaiu sobre a angústia do médico residente, e disso decorre, então, a possibilidade de conceber intervenções. Interpreto, pela análise do material de um modo geral, um apelo por enunciados que possam ligar a excitação psíquica e os excessos a que ficam submetidos esses profissionais no atendimento assistencial e no processo de aprendizagem.

Faz-se fundamental, portanto, trabalhar os conteúdos referentes à entrada e à permanência dos pais na unidade, a comunicação do diagnóstico e da morte, as identificações suscitadas, que foram sendo revelados na análise das entrevistas. Trabalho esse que não deve ser normativo, comportamental, prescritivo. Embora haja um conteúdo específico do campo psíquico a ser transmitido, não se trata de uma aula compreendida como alguém que sabe o que deve ser feito, como deve ser feito, e que ensina a quem não sabe. É preciso, sim, propiciar a construção de um campo de conhecimento que possa levar o residente a refletir a respeito de sua ação, e a apropriar-se dela, implicando-se na experiência por ele vivida.

Reconheço, ao final deste percurso, que me referi aos entrevistados de diferentes maneiras no decorrer deste trabalho: como médicos, médicos residentes, neonatologistas e especialistas, o que é, novamente, revelador. O médico residente será em breve o médico de uma determinada especialidade, e o que foi contemplado ou não em seu currículo de formação deixará marcas que estarão presentes em sua atuação como profissional.

Considero que o conteúdo emergente da análise dessas entrevistas pode igualmente ser considerado para os médicos neonatologistas que já atuam, bem como para aqueles que estão em posição de transmissão do conhecimento e que, apesar das especificidades da formação de um médico neonatologista e de uma práxis intensivista com bebês, sustento que esse trabalho de escuta pode ser expandido para outras especialidades. Portanto, remetido ao médico: ao médico especialista e ao médico residente de forma geral, e ao médico neonatologista especificamente.

A importância deste trabalho é que possamos atuar nesse tempo fundamental da constituição da representação profissional desse médico, oferecendo silêncios (escuta) e palavras, enunciados, conceitos norteadores, favorecendo a metabolização das experiências, para que possam ser por eles significadas, podendo favorecer uma saída

menos angustiante e defensiva para o médico, inclusive na relação com o paciente e com os pais de pacientes.

A criação e a formalização no currículo de um espaço próprio para que os residentes possam compartilhar suas impressões com os outros residentes diante de um profissional que está em condições de receber tais questões e de devolvê-las de maneira modificada, implica um olhar de valorização desse aluno como agente ativo do processo de construção de seu conhecimento e, conseqüentemente, de sua prática.

5. REFERÊNCIAS

Aach, R.D.; Cooney, T.G.; Girard, D.E.; Grob, D.; McCue, J.D; Page, M.I.; Reinhard, J.D.; Reuben, D.B.; Smith, J.W. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. *Ann Intern Med* 1988, 109(2):154-61.

Agman, M.; Druon, C.; Frichet, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: Wanderley, D.B. (org). *Agora eu era o rei*. Salvador: Ágama, 1999, pp.17-36.

Alexander, D.; Monk, J.S. Jonas AP. Occupational stress, personal strain and coping among residents and faculty members. *J Med Educ* 1985; 60: 830-9.

Alexander, D.A.; Klein, S. Caring for others can seriously damage your health. *Hosp Med* 2001; 62(5)264-7.

Arias, M.I.A. A Escuta do Indizível. In Jerusalinsky e cols. 2^a ed. *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre: Artes e ofícios, 1999; 294-298

Asken, M.J.; Raham, D.C. Residents performance and sleep deprivation: a review. *J Med Educ* 1983; 58: 382-8.

Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

Battikha, E.C. Intervenção precoce no vínculo mãe-bebê em uma unidade de terapia intensiva neonatal. In Camarotti, MC (org). *Atendimento ao bebê: Uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, pp.43-48.

Battikha, E.C.; Kopelman, B.I.; Faria, M.C.C. *As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves*. Dissertação de mestrado: UNIFESP, 2003.

Battikha, E.C.; Kopelman, B.I.; Faria, M.C.C. As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2007; vol. 23 n.1, pp. 17-24.

Bellini, L.M.; Baime, M.; Shea, J.A. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002; 287:3143-6.

Bleichmar, S. *Clínica Psicanalítica e Neogênese*. São Paulo: AnnaBlume, 2005.

_____. *La subjetividad em riesgo*. Buenos Aires: Tópia Editorial, 2005.

_____. As condições de humanização. In: Melgaço RG (org). *A ética no atendimento ao bebê: Psicanálise-Saúde-Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, pp.17-23.

_____. *El desmantelamiento de la subjetividad*. Buenos Aires: Topía Editorial, 2009.

_____. *Psicoanálisis Extramuros*. Puesta a prueba frente a lo traumático. Buenos Aires: Editorial Entreideas, 2010.

Burlá, C.; Py, L. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. *Revista Bioética* – v. 13 n°2. 2005.

Butterfield, P.S. The stress of residency: a review of the literature. *ARCH Intern Med* 1988; 148:1428-35.

Cabassu, G. Palavras em torno do berço. In Wanderley, D.B. (org) *Palavras em torno do berço*. Salvador: Àgama, 1997, pp. 21-32.

Código de Ética Médica. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br>

Cooke, M. Stress and coping in internal medicine residency. *West J Med* 1985; 142(4): 547-8.

Cramer, B. *Profissão Bebê*. Tradução de Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

Deaconson, T.F.; O'Hair, D.P.; Levy, M.F.; Lee, M.B.F.; Schueneman, A.L.; Condon, R.E. Sleep deprivation and resident performance. *JAMA* 1988; 260.

Demo, P. *Metodologia do Conhecimento Científico*. São Paulo: Atlas, 2000.

Díaz, G.F. *Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud*. *Med Intensiva* 2006; 30(9): 452-9.

Dommergues, JP.; Bader-Meunier, B.; Epelbaum, C. A comunicação do diagnóstico na doença crônica da criança. In Leitgel-Gille, M. (org). *Boi da cara preta*. Salvador: EDUFBA: Ágalma, 2003, pp.121-142.

Dolto, F. Prefácio. In Mannoni, M. *A primeira entrevista em psicanálise*. Tradução de R. C. Lacerda. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

Druon, C. Ajuda ao bebê e os seus pais em terapia intensiva neonatal. In Wanderley DB (org). *Agora eu era o rei*. Salvador: Ágalma, 1999, pp.35-54.

Feuerwerker, L. Além do Discurso de Mudança na Educação Médica. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

Freud S. (1905). Os chistes e sua relação com o Inconsciente. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. VIII, 1ª ed., 1976.

_____. (1914). Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XIV, 1ª ed., 1976.

_____. (1919). O estranho. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XIX, 1ª ed., 1976.

_____. (1920). Além do Princípio do prazer. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XVIII, 1ª ed. 1976.

_____. (1921) Psicologia de Grupo e A análise do ego. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XVIII, 1ª ed. 1976.

_____. (1926) Inibição, Sintoma e Angústia. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XIV, 1ª ed. 1976.

_____. (1927) O Humor. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v. XXI, 1ª ed., 1976.

Freundenberger, H.J. The Staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract* 1975;12 (1): 73-82.

Friedman, R.C.; Bigger, J.T.; Kornfeld, Ds. The intern and sleep loss. *N Engl J Med* 1971; 285:201.

_____. Psychological problems associated with sleep deprivation in intern. *J Med Educ*, 1973; 48: 436-41.

Granger, G. *Pensée et sciences de l'homme*. Paris: Aubier Montaigne, 1967.

Herrmann, F.A. *Andaimes do Real I: Uma revisão crítica do método da psicanálise*. São Paulo: EPU, 1979.

Houaiss, A. Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Jerusalinsky, A. e cols. *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2ª ed., 1999.

Jerusalinsky, J. Quando o que se antecipa é o fracasso... Prevenção secundária e estimulação precoce. In Camarotti, M.C. (org) *Atendimento ao bebê*. Uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: casa do Psicólogo, 2001, pp.35-42.

Jurkovich GJ, Pierce B, Pananen L, Rivara FP. Giving bad news: the family perspective. *J Trauma* 2000; 48(5): 865-70.

Kalimo, R.; Mejman, T. Psychological and behavioural responses to stress at work. In Kalimo, R.; Mostafa, A.E.B.; Cooper, C.L. (org). *Psychosocial factors at work and their relation to health*. Geneva, World Health Organization, 1987.

Klaus M, Kennel J. *Pais/Bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Kvale J, Berg L, Groff JY, Lance G. Factors associated resident's attitudes toward dying patients. *Fam Med* 1999; 31(10): 691-6.

Labaki, M.E.P. *Morte..* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

Laplanche, J.; Pontalis, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise..* São Paulo: Martins Fontes, 1983.

Laplanche, J. *Problemáticas I - A Angústia.* São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Machado, M.H. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

Mannoni, M. *A primeira entrevista em Psicanálise.* Tradução R. C. Lacerda. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

Mathelin C. Prática analítica em neonatologia. In: Wanderley, D.B. *Palavras em torno do berço.* Salvador: Ágalma, 1997, pp 129-142.

_____. Da pulsão de morte ao desejo de vida, ou as vicissitudes de uma terapia intensiva. In: Wanderley DB (org). *Agora eu era o rei.* Salvador: Ágalma, 1999, pp. 61-79.

Menzies, I. *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra as ansiedades.* Londres: Instituto Tavistock de Relações humanas, 1970. Tradução e adaptação A. M. Rodrigues, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.

Mezan, R. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In Silva Mel. *Investigação e Psicanálise.* Campinas: Papyrus, 1993, pp. 49-89.

_____. Pesquisa Teórica em Psicanálise. Atas do 2º Encontro de Pesquisa Acadêmica em psicanálise. São Paulo: PUCSP, 1994; p51-75. *Cadernos de Psicanálise e Universidade*, n.2.

_____. *Interfaces da Psicanálise.* São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

Michaelis Dicionário da Língua Portuguesa. 7ª ed. São Paulo: Melhoramentos, 2010.

Mijolla, A. *Dicionário Internacional de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2005.

Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

Minerbo, M. *Estratégias de Investigação em Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Ministério da Saúde/ Estatuto da Criança e do adolescente (ECA). Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf

_____. Política Nacional de Humanização. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf

Morsch, D.S.; Braga N.A. Quando o bebê morre. In Moreira, M.E.L.; Braga, N.A.; Morsch, D.S. *Quando a vida começa diferente/ O bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, pp157-169.

Nogueira – Martins, L. A. *Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico*. Rev.Bras. Clin Terap 1991; 20:355-64.A

_____. Saúde mental dos profissionais de saúde. In Botega, N.J. (org). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora: 2002.

_____. *Residência Médica: Estresse e crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Nogueira – Martins, L.A.; Jorge M.R. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. *Rev Assoc Méd Brás* 1988; 44(1): 28-34.

Nogueira – Martins, M.C.F. Cuidando do futuro cuidador. In: De Marco, M.A. (org). *A Face Humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, pp.87-92.

Notto, J.R.S. A emergência de caracteropatias profissional em estudantes do quinto ano médico. *Bol Psiquiatr* 1984; 17:101-7.

Ocariz, M. C. *O sintoma e a clínica psicanalítica/ o curável e o que não tem cura*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2003.

Orlander, J.D.; Fincke, B.G.; Hermanns, D.; Johnson, G.A. *Gen Intern Med* 2002; 17(11): 825-31.

Patton, M.Q. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

Pessini, L. *Morrer com dignidade*. Aparecida/SP: Santuário, 1990.

Pitta, A. *Hospital dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1999.

Rocco, R.P. Relação estudante de medicina-paciente. In Mello, F. J e colaboradores. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, pp.45-56.

Safra, G. Pesquisa com material clínico. *Atas do 1º encontro de pesquisa acadêmica em psicanálise*. São Paulo: PUCSP, 1994, pp. 51-72.

Sales, L. M. M; Souza, M.N. Quando a escuta psicanalítica pode “fazer a diferença” numa equipe interdisciplinar. In. Wanderley, D.B. (org). *O cravo e a Rosa. A Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?* Salvador: Ágalma, 2008, pp. 67-80.

Silva, A.P.P. *A criança com distúrbios neurológicos e a psicanálise* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2000.

Secretaria da Saúde. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/humanizacao

Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de residência médica em neonatologia. Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo; 2010. Disponível em: www.sbp.com.br.

Toews, J.A. e cols. Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Acad Med* 1997; 72:997-1002,

Tokarz, J.P.; Bremer, M.; Peters, K. Beyond survival- the challenge of the impaired student and resident physician. *Chicago, American Medical Association*, 1979.

Triviños, A.N.S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1987.

Wanderley, D.B. Agora eu era um rei. In: Wanderley DB (org). *Agora eu era o rei* Salvador: Ágalma, 1999, pp.141-151.

Vettorazzo, H. O narcisismo pensado como condição de estruturação do Eu e da constituição dos sistemas ideais. *Boletim formação em psicanálise/ Instituto Sedes Sapientae*, departamento Formação em psicanálise. São Paulo: O departamento, 1997,v.15, pp.5-24.

Vianna, A.; Piccelli H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev. Assoc. Med. Bras* 1998; 44: 21-27.

Zaidhaft, S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

Zaidhaft, S.; Batista, A.D.; Rego, G.C.; Bines, J.; Rubinstein, L.; Drumond LEF. O estudante de Medicina e a morte. In Mello J e cols. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, pp.57-63.

Zimerman, D.E. A formação psicológica do médico. In Mello, J. e cols. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, pp. 64-69.

ABSTRACT

This study aims to analyze and interpret the psychic effects on neonatologists in training generated by parents of newborns entering and staying over at neonatal intensive care units. Therefore, I have conducted a study with an approach based on the psychoanalytic theory interlocking with methods employed in qualitative surveys in the health field. Twenty neonatology students or residents from the institutions listed below participated in a single semi-structured interview: *Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Faculdade Estadual Paulista Campus de Botucatu - Faculdade de Medicina - UNESP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP; Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP e do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva - Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha.* Based on readings of the material provided by the residents, and focusing on the sum and substance, whose presence would be significant to my object of analysis (Bardin, 1977; Patton, 1990), I have selected six categories for analysis and interpretation: parents staying over at neonatal intensive care units and its effects on the professional practice of neonatologists; communication of the diagnosis/what parents should know; deadlocks between parents and doctors when diagnosis is being communicated; identification with the parents; communicating the death of a child; and participating in the interview/helplessness and ideals. The interpretation of these categories has provided a framework in understanding the psychic mechanisms surfaced in doctors when relating to the parents of children under treatment. The recurrent theme in the final considerations of this study is the feeling of anguish and pain of residents when providing care and also during training, and the fact they lack psychic anchoring to handle these feelings, which entails a need for proposals and intervention.

Keywords: medical training; medical internship and residency; neonatology; psychoanalysis.

APÊNDICE

Conceitos norteadores

Conflito Psíquico

Em psicanálise, a noção de “conflito” designa essencialmente um conflito intrapsíquico, no qual se opõem forças antagônicas. A noção de conflito intrassubjetivo não é um simples efeito do desprazer produzido pelo mundo exterior, mas sim de um desequilíbrio que se estabelece entre os sistemas no interior da tópicica psíquica, o que promove angústia e reorganizações sintomáticas. (BLEICHMAR, 2005; MIJOLLA 2005)

Defesas Psíquicas

O conceito de defesa designa os processos utilizados pelo Eu para o enfrentamento do conflito psíquico na tentativa de evitar a angústia, sendo esses processos mecanismos que atuam fundamentalmente de forma inconsciente. Os recursos defensivos vão se construindo com a constituição da subjetividade. Para Freud, a noção de defesa designa as tentativas de transformação psíquica que o Eu desenvolve toda vez que enfrenta as representações e os afetos dolorosos. Trata-se, assim, da inconciliabilidade de uma representação para o Eu; os distintos modos de defesa consistem nas diferentes formas de tratar essa representação. As defesas tomam parte nas tentativas de evitação do conflito, no entanto, ocupam um lugar paradoxal. Não poderíamos viver sem a mediação das defesas psíquicas, dado que participam das tentativas de elaboração do conflito psíquico; no entanto, as defesas podem vir a

constituir entraves, enrijecimento numa determinada posição, sem deixar margem para mobilidade e crescimento psíquico. (LAPLANCHE /PONTALIS, 1983; MIJOLLA, 2005)

Estado de desamparo ou desajuda

O estado de desamparo ou desajuda está ligado à impotência original do bebê em face de suas necessidades, das excitações de origem endógena que o acometem e que não cessam. Quando inicialmente o bebê chora - descarga de origem motora-; o outro originário, habitualmente a mãe, entende seu choro como um chamado, e sua intervenção inscreve a base da crença na comunicação. Caso não fosse assim, o bebê choraria até morrer.

Esse desamparo do bebê é o protótipo da situação traumática, geradora de angústia. O sujeito não consegue destinar uma descarga da excitação pelo trabalho de ligação ou investimento psíquico e, dessa maneira, vê-se invadido pelo excesso que não pode ser escoado, ligado ou significado. (FREUD, 1926; LAPLANCHE/PONTALIS, 1983; BLEICHMAR, 2005)

Ideal do Eu

Freud (1914) esboça a formação do ideal do Eu como um herdeiro do narcisismo infantil. Sua origem provém dos desdobramentos e transformações do narcisismo, a partir do “Eu ideal” para o “ideal de Eu”, que impulsionam o sujeito para o futuro. A criança se confrontará com as interdições da cultura aos seus desejos; identificar-se-á com leis que pautem sua relação com o outro e que, dessa forma, limitarão seu prazer; terá que lidar com as fissuras, feridas no seu próprio narcisismo e refazer projetos. O desejo futuro de ser algo que, portanto, não é mais, ou não é ainda, implica que houve um deslocamento narcísico do lugar de “ser o ideal” para a busca do ideal.

Os ideais devem apresentar um caráter de mobilidade e de proposta que, na sua totalidade, nunca serão atingidos, sempre restará algo não cumprido. No entanto, os

ideais podem se tornar muito rígidos, bem como a expectativa que o sujeito tem a seu próprio respeito. Alguns atributos podem ficar aderidos e em equivalência a sua autoestima e uma vez perdidos é como se o sujeito deixasse de ter qualquer valor.

Para o ideal do Eu, a angústia diz respeito à discordância entre o Eu e aquilo que se esperava ser, assim, um relato melancólico pode remeter a um sofrimento relacionado à não realização das expectativas desejadas para si mesmo em relação ao outro. (BLEICHMAR, 2005; VETTORAZZO, 2007)

Identificação

A identificação é um processo psíquico pelo qual uma pessoa assimila uma parte mais ou menos importante de sua personalidade à de outro que lhe serve de modelo. A identificação se constitui como uma assimilação à base de uma pretensão etiológica semelhante. (FREUD, 1921; MIJOLLA, 2005)

Metabolização Psíquica

O processo de metabolização psíquica indica a capacidade de recepção de elementos, a possibilidade de representar, de fazer elos, ligando a excitação angustiante de maneira a fazer sentido para o sujeito que a vive. Portanto, trata-se de decompor e recompor o acontecimento psíquico na tentativa de elaboração. A metabolização perpassa a capacidade simbólica; quanto maior, melhor a tolerância do sujeito ao inesperado, ao desequilíbrio e, portanto, maior será a sua capacidade para o intercâmbio intrassubjetivo e intersubjetivo.

Narcisismo e constituição psíquica

Freud (1914) refere-se à atitude afetuosa dos pais como uma revivescência e reprodução do próprio narcisismo; ao filho são atribuídas as perfeições e ocultadas ou esquecidas às deficiências: “Sua majestade o bebê”. Os pais projetam nos filhos suas expectativas e desejos. “Você vai ser muito inteligente, bonito, respeitado...” Inúmeros são os projetos quanto ao que ele poderá vir a ser, com quem se parece ou parecerá na família e fora dela. Essas “palavras” marcam no bebê o que se espera dele, o que se sonha para ele e, conseqüentemente, sua subjetivação.

A infância representa a promessa de desejos a ser realizada pela criança em nome dos pais; um filho sustenta suas fantasias de continuidade e de imortalidade. Dessa maneira, o narcisismo não se reduz ao egoísmo. O amor investido no bebê é efeito do transvazamento narcisista dos pais. A relação originária com o adulto significativo que exerce as funções primárias – habitualmente a mãe – convoca o adulto, fazendo-o responsável pela sobrevivência do bebê e levando-o a tentar evitar-lhe qualquer sofrimento. Quando inicialmente o bebê chora, o adulto encarregado entende o choro como uma mensagem, como um chamado; é capaz de transformar um movimento natural de transbordamento em um enunciado que instaura a base de toda comunicação possível, base da humanização do bebê.

O bebê nasce absolutamente desamparado, impotente em face de suas necessidades; impotência essa geradora de sofrimento. É o outro humano, pautado na assimetria adulto-criança e atravessado por seus desejos e proibições, que se encarrega da transmissão de representações que constituem o Eu. A presença do outro humano, do semelhante materno, é essencial para a constituição da criança. A mãe é convocada desde o início a dar sustentação ao seu bebê, com o seu leite, suas palavras, seu olhar; com seu corpo e psiquismo. Trata-se, aqui, do narcisismo transvazante materno na sua função de ligação. Essa criança irá receber as preferências morais, os valores ideológicos parentais. (BLEICHMAR, 2005, 2006)

Falhas dessa função narcisizante materna, sejam decorrentes de dificuldades advindas de seu próprio narcisismo ou circunstanciais, como uma depressão, podem vir a produzir falhas na estruturação do psiquismo da criança.

Assim como seus pais, a criança terá que paulatinamente se discriminar do outro; dar-se conta de que não é sua extensão; perceber que não é o centro do universo e

que tampouco todos os seus desejos podem ser realizados. Trata-se de confrontar-se com as exigências e interdições parentais e da cultura, com os limites impostos.

A criança enfrentará limites e interdições, possibilidades e impossibilidades na relação com o outro; sua majestade terá que fazer renúncias, enfrentar conflitos e um dia projetará nos seus próprios filhos o ideal perdido, novamente sua majestade o bebê, que terá que lidar com as perdas e que projetará nos seus filhos novamente o ideal de perfeição perdido... um ciclo constitutivo do humano. Faz-se necessário, portanto, diferenciar o narcisismo fundamental, estruturante, bem como sua força ligadora no Eu daquelas identificações narcísicas rígidas, empobrecidas e renegatórias.

Negação ou (De) negação

A negação tem para Freud o valor de um índice que assinala o momento em que uma ideia ou desejo inconsciente começam a ressurgir, e isso tanto no tratamento como fora dele. Designa um processo psíquico que permite ao sujeito formular negativamente um desejo inconsciente, decreta a expulsão de uma ideia ou desejo desagradável.

O termo (de)negação remete ao mecanismo de defesa que preserva o conteúdo do pensamento, que se tornaria inconsciente caso fosse recalçado. A dimensão defensiva reside apenas no distanciamento operado pelo símbolo de negação que opera de forma a anular o conteúdo inaceitável. (LAPLANCHE, PONTALIS, 1983; MIJOLLA, 2005)

Projeção

A projeção como função defensiva implica a expulsão do espaço intrapsíquico daquilo que não é admitido pelo sujeito por causar desprazer. Sentimentos, qualidades, desejos que não podem ser reconhecidos como sendo parte do Eu, são colocados, projetados para fora. Dessa maneira, o mecanismo visa à expulsão e à ignorância do conteúdo em questão, como não fazendo parte do sujeito e estando, portanto, localizado

no outro – pessoa ou objeto –, podendo resultar na percepção do objeto-receptáculo, sobre o qual incide a projeção, como ameaçador e hostil.

Repressão ou recalque

Repressão ou recalque designa um modo de defesa. As representações, desejos insuportáveis, inaceitáveis, inconciliáveis ao Eu, porque contrariam as suas representações morais, seus ideais, são repelidas pela força do recalque para o Inconsciente e mantêm-se a distância do Consciente; essa luta traduz-se por formações de compromisso que implicam que o desejo barrado, não aceito, satisfaz-se por formas disfarçadas como sintomas, sonhos, lapsos, chistes, atos falhos. Freud trabalhou com essas formações do inconsciente para mostrar sua universalidade, seu caráter de formação patrimonial de todos os homens. O sujeito não tem consciência do processo do recalque, e os mecanismos de defesa fazem parte da fração inconsciente do eu. (OCARIZ, 2003; BLEICHMAR, 2005; MIJOLLA, 2005)

O Recalque implica a clivagem da tópica psíquica entre os sistemas Inconsciente e Pré-consciente/ Consciente, sendo, portanto, a defesa por excelência.

Traumático

O traumático refere-se ao acontecimento que irrompe e que excede a capacidade de representação e metabolização psíquica do sujeito. O traumático tem a ver com o inesperado que, ao mesmo tempo, entra em uma ordem de associação, em uma série psíquica de significação para o sujeito cuja vivência alude ao excesso de excitação que, quando ocorre, não pode ser ligado. Como alude Bleichmar (2005, p. 56), “não confundir a história real com os modos significantes, traumatizantes, quais os quais se inscreve. O acontecimento deve ser compreendido num contexto simbólico que lhe outorgue valor mais ou menos traumático, segundo as condições de metabolização”.

Cada psiquismo tem um umbral de tolerância ao traumático. Em alguns casos, o grande problema é que o traumático não produz possibilidade de simbolização e recomposição, e há uma devastação psíquica. Com esse elemento do real, o que o psiquismo faz é buscar metabolizar, transformar esse excesso. Para tal terá que ser ligado em uma rede associativa possível.

Anexo 1

Termo de consentimento Livre e esclarecido

O objetivo desta pesquisa de doutorado é analisar os depoimentos dos residentes de neonatologia sobre o contato com os pais dos bebês na unidade de atendimento intensivo neonatal.

O estudo compreenderá uma única entrevista semi-estruturada com um roteiro comum de temas, com duração prevista de cinquenta minutos a ser conduzida pela própria pesquisadora. Todas as entrevistas serão gravadas.

Este estudo não traz nenhum risco assim como benefício direto para você, porém poderá contribuir para a comunidade dos médicos neonatologistas.

Suas informações serão analisadas em conjunto com as demais entrevistas e sua identificação pessoal será preservada, portanto, não divulgada.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, para deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Não há despesas pessoais nem compensações financeiras para os participantes.

Em qualquer etapa desse estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. O principal investigador é a psicóloga Ethel Cukierkorn Battikha, que poderá ser encontrada à rua Dr. Diogo de Faria, 764, telefone 55791676. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP: Rua Botucatu, 572- 1º andar- cj 14, SP. Fone: 55711062 FAX 5539-7162.

Você também tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento do pesquisador. Os dados obtidos serão utilizados somente para essa pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li descrevendo o estudo: “A formação do neonatologista e os novos paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”.

Eu discuti com a psicóloga Ethel Cukierkorn Battikha sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou

claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes e durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do médico participante do estudo data _/ /_

Assinatura da testemunha data _/ /_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento livre e Esclarecido para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo data _/ /_

Anexo 2



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 11 de outubro de 2007
CEP 1445/07

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) ETHEL CUKIERKORN BATTIKHA

Co-Investigadores: Benjamin Israel Kopelman

Disciplina/Departamento: Pediatria Neonatal/Pediatria da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“A formação do neonatologista e os novos paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na unidade de terapia intensiva neonatal”**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo clínico observacional transversal - entrevistas.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Analisar acerca do que é mobilizado psicologicamente nos residentes de neonatologia no contato constante com os pais na unidade de atendimento intensivo neonatal.

RESUMO: Estudo qualitativo e prospectivo tendo como campo teórico articulador à teoria psicanalítica sustentada na obra de Sílvia Bleichmar, sendo esta especificidade implicada na circunscrição do objeto de pesquisa, na elaboração do roteiro de perguntas para a sua apreensão e na interpretação dos resultados. Participarão do estudo, através de uma entrevista semi-estruturada individual, com 20 residentes ou alunos de especialização de neonatologia, identificados por idade, sexo e ano de conclusão da residência em pediatria das Universidades de Medicina de Botucatu e de Ribeirão Preto. O roteiro de entrevista compreende uma lista de temas (tópicos) que tem como substrato o conjunto de conceitos que constituem o objeto de investigação e que deverão nortear a interlocução com o entrevistado. A entrevista será gravada e transcritas para análise dos resultados.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudo de comportamento educacional para contribuir para a comunidade dos médicos neonatologistas.

MATERIAL E MÉTODO: Entrevistas semi-estruturada. Foram atendidas as pendências emitidas pelos relatores.

TCLE: Apresentado adequadamente.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento específico.

CRONOGRAMA: 48 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Doutorado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **10/10/2008 e 10/10/2009**.



O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

CEP 1445/07



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Departamento Hospital Municipal Maternidade-Escola
Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva
("Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha")

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER 25/2007

São Paulo, 14 de novembro de 2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa **ANALISOU E APROVOU** em reunião de 12/11/2007 o projeto de pesquisa:

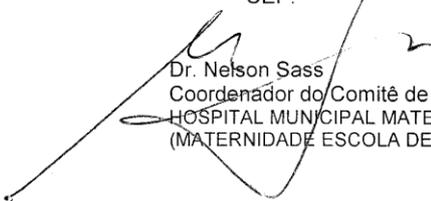
Título: A formação do neonatologista e os novos paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
Pesquisador: Ethel Cukierkorn Battikha

Conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar de imediato qualquer alteração do projeto, sendo que a inclusão de pacientes deverá ser suspensa até avaliação destas modificações por este CEP.
2. Comunicar imediatamente a ocorrência de efeitos adversos ao longo do estudo.
3. Manter em local seguro por 5 anos os dados individuais de todas as etapas da pesquisa para eventual auditoria.

Fica ainda o pesquisador comprometido a:

1. Quando for o caso, enviar relatório relativo a situação do trabalho no prazo de 1 ano a partir desta data, utilizando-se do endereço eletrônico echaiem@prefeitura.sp.gov.br
2. Incluir na metodologia o local e período de realização: "ESTE TRABALHO FOI REALIZADO NO HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA – MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA".
3. Em teses e monografias de conclusão, deverá constar nos anexos, cópia deste parecer.
4. Em artigos publicados, deverá constar o número deste parecer, bem como explicitar o local de realização do trabalho.
5. Enviar um exemplar do trabalho (tese, monografia ou artigo publicado) e comunicação formal registrando sua finalização, para arquivamento neste CEP.


Dr. Nelson Sass
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES A. SILVA
(MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA)

