

Sobre o trânsito entre a UTI e a psicanálise

Leonardo Couri,¹ Ribeirão Preto, SP

Resumo: O autor parte de suas vivências como médico intensivista e psicanalista para criar uma espécie de diário de bordo que comunica as situações emocionais limítrofes experimentadas durante a pandemia de covid-19, utilizando-se da noção do trânsito contínuo entre estados mentais – que denomina de estado mental intensivista e estado mental psicanalista – para descrever as experiências emocionais sofridas. Através do contato com sua intuição, imaginação e sonhos, apresenta uma série de vinhetas clínicas, adotando como principal referencial o pensamento de W. R. Bion.

Palavras-chave: mente multidimensional, pandemia, experiência emocional, experiência catastrófica, psicanálise

Neste texto, compartilho algumas de minhas experiências emocionais como psicanalista e médico intensivista vividas durante a pandemia de covid-19, processo no qual a mente do analista que venho me tornando tomou forma na do intensivista.

Lutando pela sobrevivência física e com o avanço do caos pandêmico, a mente ficou submetida a experiências catastróficas. É impossível dissociar corpo e mente; tal qual palma e dorso são partes de uma mão, corpo e mente fazem parte de um ser. A depender do vértice pelo qual se observa, tem-se o fenômeno psicossomático ou somatopsíquico (Bion, 1976/1985).

Muitos sofreram experiências tocantes, mas as minhas foram suficientemente turbulentas para (re)configurar quem sou, causando transformações no intensivista e no psicanalista. Criei uma espécie de diário de bordo dessas situações-limite a partir de minhas observações e de como se operaram as transformações que sofri. Percebi oscilações entre os estados mentais que chamarei de intensivista (EI) e de psicanalista (EP) enquanto transitava entre a UTI e o consultório de psicanálise. A atenção e a apreensão do intensivista abriram espaço para experimentar a atenção e a apreensão do psicanalista. O que inicialmente parecia uma cisão entre estados mentais, entendi que eram complementares e operavam transformações.

Em *Atenção e interpretação*, Bion escreve sobre a diferença entre o médico – que depende da experiência sensorial, podendo ver, tocar e cheirar –

1 Médico intensivista e psicanalista. Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto (SBPRP).

e o psicanalista – que lida com realizações que não podem ser vistas nem tocadas, mas “intuídas” (1970/2006, p. 24). EI e EP me acompanham e são partes de mim; e trabalhar com pacientes na UTI exige enorme capacidade de tolerar a ameaça, o desespero e a urgência. O ambiente abrange pacientes com suas demandas e profissionais envolvidos na complexa rede assistencial. Como intensivista, treinei a capacidade de tolerar o inóspito, terrífico e desconhecido, e sentia-me cada vez mais pressionado a reconhecer e a conviver com a dor da insuficiência e da finitude.

Lembro do desespero que experimentei quando atendi o primeiro paciente contaminado. Ao mesmo tempo que me paramentava para proteger o corpo das ameaças do vírus, com camadas e mais camadas de equipamentos de proteção, mais entrava em contato com minhas desprotegidas emoções, cada vez mais vulnerável pela ameaça e terror. O medo do desconhecido e da percepção da precariedade era paralisante, além da dificuldade de sustentar o pensamento.

Conectado a essas emoções, percebi como tentava paramentar minha mente para dar conta das ameaças. No entanto, eu carecia não de equipamentos de proteção, mas de exposição mental. Entre o ato de colocar avental, óculos, capacete, dois pares de luva e máscara facial – que insistia em ferir meu nariz –, também me paramentava da capacidade de sofrer as emoções em curso, sustentando o pensamento diante do caos.

Numa ocasião de ameaça e dor, a enfermeira comentou que meus óculos estavam embaçados de vapor d’água provenientes da minha respiração. Tentei olhar profundamente nos olhos dela com o pouco de visibilidade que me restava, e disse emocionado que eram lágrimas da minha mente. Medo, desespero e tristeza eram emoções compartilhadas por todos, mas quem chorava era eu. Entendo que, quando dei forma à dor em vapores de lágrima, foi a função psicanalítica – a capacidade de tolerar o caos e auxiliar os pacientes, a equipe e a mim mesmo – que acolheu o intensivista ameaçado.

O agnóstico João e o encontro com Deus

João esteve internado na UTI por vários dias, com graves problemas causados pela covid-19, recuperando-se após o período crítico. Retirada a sedação, tornou-se combativo, pois sentia incômodo com as luzes do quarto ao lado, que não o deixavam dormir; queria ser transferido para outro.

Foi oferecida troca para outra UTI, e ele perguntou quem era o intensivista responsável. Informado de que era eu, se animou e disse que seria ótimo, pois poderia “cuidar da cabeça”, já que pensava que eu era psiquiatra. Mesmo não sendo transferido, passei a visitá-lo diariamente no leito para conversar.

Ao primeiro encontro, apesar da indumentária, fui rapidamente reconhecido e recebido com um sorriso. Percebi sua satisfação e vi uma criança ávida por brincar e contar histórias; estávamos estabelecendo uma relação de intimidade em meio a barulhos e invasões inerentes ao ambiente. Percebi que ele esteve desamparado durante o tempo em que lutou bravamente por sua vida. Fomos conversando e ele contou, entre falas entrecortadas por alarmes de dispositivos, as experiências sofridas. Falou do medo e que não imaginava que aquilo pudesse acontecer. Minha satisfação por ouvi-lo foi vibrante, e eu pouco interrompi.

Nos instantes em que estivemos juntos, eu me transportava para outro lugar, fora da UTI, sentindo-me emocionado durante os encontros (sessões). Em um deles, me convidou para entendê-lo por linguagem labial, e percebi sua necessidade de privacidade. Era evidente tanto o meu esforço em captar o que ele dizia quanto o dele, que se cansava ao tentar se comunicar comigo. Tentávamos tanto encontrar uma linguagem comum que desse conta dos horrores compartilhados quanto cuidar do que entendi como nosso setting improvisado. Balbuciou que foi visitado por espíritos vindos em sua ajuda, e que sentiu ter morrido e voltado. Contou que tudo que passou o ajudou a encontrar um Deus que, sem saber, já estava dentro dele. Até então, considerava-se agnóstico. Afirmar que ele percebeu, ao elaborar suas experiências em nossas conversas, uma espécie de fé sendo produzida. Concordeu dizendo que até então nunca tivera fé e que precisava de ajuda nesse sentido.

A catástrofe lhe impôs o contato com o “ser” humano vivo e precário, finito e infinito, potente e vulnerável que é. Percebi que em nossas conversas ele experimentava dimensões da sua mente de modo a ser ele mesmo. Sobre isso, Junqueira Filho se utiliza do neologismo *wombtomb*,² criado por Beckett na peça *Esperando Godot*, para sinalizar o espanto sofrido “diante da trajetória inexorável que catapulta o ser do útero para o túmulo” (2008, p. 110).

Mantivemos encontros diários, que me permitiam observar o medo que a consciência de sua precariedade física e mental lhe causava, nunca antes percebida. Assim, aproximou-se da sua mente e do quanto ela se manteve apartada do corpo durante seus 35 anos.

Em um dos últimos encontros na UTI, percebi-o num misto de tristeza e braveza, pois sua alta havia sido suspensa e aguardava avaliação fonoaudiológica. Ele não queria conversar nem olhar para mim, mas apesar da hostilidade emocionei-me ao escutar sua re-clamação e aguardei. Minha emoção caminhava na direção contrária à dele, pois eu sabia que a avaliação acontece nos instantes finais de uma internação em UTI, quando os dispositivos invasivos

2 O termo *wombtomb*, segundo Junqueira Filho (2008), tem como tradução literal a junção das palavras *útero* e *túmulo*.

são retirados, indicando recuperação das capacidades físicas básicas. Assim como um recém-nascido adquire passo a passo suas potencialidades, um paciente grave durante recuperação necessita trilhar novamente o caminho rumo à independência. Saborear e deglutir os alimentos depois de tanto tempo significa enorme progresso.

Mesmo atento aos “conteúdos mentais” da fala, eu me conectei aos “estados mentais” que a sonoridade e a melodia de sua voz me transmitiam. Nos primeiros encontros eu tentava “escutá-lo” através de movimentos labiais e sussurros que ele lutava bravamente para emitir. Quando não mais necessitou da ventilação mecânica (ocludindo a traqueostomia), recuperava a capacidade de emitir sons das cordas vocais. O bebê João reaprendeu a falar.

A transformação que percebi em mim foi a comunhão, cada vez mais crescente, entre EP e EI. Meus pensamentos, sensações e emoções expandiram o campo de observação para além do que os sentidos comunicavam.

Nesse encontro, muitas camadas de emoções sobrepostas foram captadas e, ao final, observei em seu leito duas caixinhas feitas de papel machê, cada uma envolta em uma fita de cetim de cor diferente. Perguntei quem as trouxe e, chorando, disse que eram um presente das filhas. Continuou: “Estou muito emocionado”. Compartilhei do desamparo sentido por ele e disse que imaginava a falta que sentia delas, e que eu percebia sua indignação pelo que estava passando.

Ele abriu uma das caixinhas e tirou pequenos pedaços de papel para eu ler, onde havia frases e desenhos amorosos: “te amo”, “estou com saudades” e corações coloridos. Os recados comoventes o ajudaram a perceber que estava vivo, que a vida lá fora continuava e que, ao mesmo tempo, havia chegado bem perto da morte.

Ele voltou a ficar impaciente por ter de aguardar a avaliação programada, e disse que não conseguia esperar, que era sempre assim. Eu disse que, ainda que fosse difícil, ele esteve esperando pela recuperação por mais de trinta dias, e toda a experiência pela qual estava passando mostrava um estado mental que aguardava mudanças. Nesse momento, percebi-o menos ansioso e na posse da consciência da nova “capacidade”. Colocou os braços atrás da cabeça e vislumbrou um garoto estirado numa esteira de praia – o que me fez lembrar de uma história de um professor na época da faculdade: segundo ele, um estudo científico sugeria que esse gesto era forte indicativo de alta da UTI, pois sinalizava estado de relaxamento e menor ameaça pela enfermidade. Nunca procurei saber se a informação procedia, mas estava atento a esses sinais que comunicavam estados emocionais dos pacientes na UTI. Ao vê-lo nessa posição, pensei que estaria pronto para enfrentar novos desafios. No dia seguinte recebeu alta.

Imaginei que João tivesse lidado com cacos desta experiência catstrófica e que nossas conversas na UTI, apesar de breves, o auxiliaram a juntar

fragmentos da sua história. Pouco tempo depois, me procurou para iniciar um processo de análise. Ao recebê-lo no consultório, me surpreendi com o homem alto, de fala potente e aparentemente sem sequela física. Ele me abraçou e percebi como estava forte.

Por vários meses, ele me transmitiu as experiências de terror e dor pelas quais passou; em muitas delas estive presente. Nomeamos os estados emocionais na experiência de *quase morte*, aproximando-o da vulnerabilidade e pavor da consciência diante da vida. Emoções antes impensáveis a um João incrédulo agora faziam parte de dimensões de sua mente traumatizada. Usei o termo *trauma* em sentindo amplo, de algo que sofrera dano e necessitava ser reparado, além de uma ruptura necessária ao crescimento mental. As transformações não eram somente físicas; a raiva diante de tudo que lhe acontecera estava presente. A experiência catastrófica causou dificuldades de ordem física, emocional e financeira.

No livro *Uma memória do futuro* (Bion, 1991/1996), Roland, em diálogo com P. A. e Alice, oferece a perspectiva de que uma mudança catastrófica pode apresentar desintegração (*breakdown*), quebra (*breakout*) e até mesmo um avanço (*breakthrough*). A mudança catastrófica sofrida por João propiciou avanço, nova reorganização e investigação.

Antes impensada, a possibilidade de morrer jovem e saudável saltou para o primeiro plano de observação. O agnóstico João começou a investigar religiões e a existência de Deus, acolhendo a dolorosa ideia da imprevisibilidade da vida. Aos poucos, para além da raiva, foi reconhecendo em si a capacidade de aceitar e tolerar impotência e vulnerabilidade.

Nos encontros eu me percebi em uníssono com meus dois estados de mente (EI e EP), podendo auxiliá-lo tanto a significar os diversos e traumáticos fenômenos físicos sofridos na UTI como criar um espaço mental vivo, onde suas experiências brutas fossem digeridas e metabolizadas em processos criativos e sonhantes. Numa sessão, contou como eram os banhos no leito. Quando os auxiliares de enfermagem o viravam para limpá-lo, ficava apavorado, com medo de cair. Imaginei um bebê ensaboado no banho com medo de escapular das mãos da mãe, e disse isso a ele. Percebi uma transformação no clima emocional quando ele, sem tanta ameaça, disse em tom divertido: “Só se for um bebê de peixe-boi”. Rimos.

Passou a contar das “visitas” de crianças e bebês que recebera na UTI. Mesmo sabendo que eram frutos de delírio, não se assustou, sentia-se acompanhado. Entrou em contato com uma dimensão de sua mente que entendi como um “bom objeto interno” (Klein, 1955/2006), a “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1956/2000), que com segurança e continência impediu que o filho escapulisse dos braços. Assim, os “fantasmas” o acolheram e o acompanharam, dando-lhe coragem e esperança para sua recuperação.

Após um ano de análise, chegou atrasado, com dois copos de suco e duas empanadas, pois não teve tempo de comer. Disse não saber se isso era adequado do ponto de vista psicanalítico, embora tivesse ficado com vontade de dividir o momento e o lanche comigo. Sem me preocupar em fazer uma interpretação que saturasse a experiência, disse que eu e minha fome achávamos adequado. Compartilhávamos alimentos, materiais e imateriais. O “bebê” encontrado há um ano na UTI havia se desenvolvido física e emocionalmente. Isso se deu, em grande parte, ao trabalho empreendido pela dupla intensivista/paciente – analista/analizando.

Civitarese refere que “o vínculo simbiótico existe em dois níveis – corporal e mental. A unissonância física é necessária para estabelecer unissonância emocional”. Para ele, o vínculo simbiótico é a “comunicação entre corpos” e “provém da sensação de pertencer a um fluxo constante de ações, hábitos e sentimentos” (2021, p. 52).

Entre bombas e estilhaços

A caminho de um plantão, me veio um “sonho” onde me senti em uma espécie de batalha marítima, sujeito a bombas de canhões, estilhaços, caos. Meu estado mental se transformou e experimentei a ida para o hospital como algo ameaçador e angustiante. Algumas vezes, sofro um fenômeno parecido e imagino que seja um radar que capta algo como “memórias de um futuro”, talvez uma “premonição” – termo que Bion adota para retratar estados mentais que ele diferencia de “pré-concepção”, este representando os conteúdos mentais (1963/2004a). A “premonição” está associada a “um sentido de aviso e ansiedade”, sendo este o elemento insaturado da relação (p. 86). As experiências na UTI são difíceis, porém era incomum que eu ficasse previamente ansioso. Todavia, considere minhas intuições.

No início do plantão recebi um paciente grave com insuficiência respiratória, e a equipe se preparou para me auxiliar na entubação. Ao mesmo tempo, outro paciente apresentou oclusão do tubo de ventilação. Realizei a troca rapidamente e me posicionei para entubar o paciente recém-chegado. Eu e toda equipe fomos tomados por medo e desespero. A sensação era que eu corria o risco de não tolerar tamanho caos se ele se instalasse. Então, o enfermeiro avisou que outro paciente acabara de perder o acesso venoso por onde medicações estavam sendo infundidas, causando queda vertiginosa da pressão arterial. Caos instalado!

Pensei nas bombas e estilhaços vindos em minha direção quando me dirigia para o plantão. Contaminado por essa experiência, percebi que o medo poderia enfraquecer minha capacidade de pensar. Meu corpo sinalizava

catástrofe mental através de taquicardia, sudorese, tremores e sensação de desmaio, captando e encenando a aflição e angústia do ambiente. Eu estava prestes a me tornar um navio de guerra abatido e inutilizável.

Narrei em conversa íntima o que se passava comigo e com todos, inclusive com os pacientes internados, e fui discriminando minhas emoções. De fato, o medo me acompanha e me auxilia a estar atento e cuidadoso aos passos que sigo, porém na UTI é raro eu me desesperar. Ao adquirir essa consciência, o que era sensorial se transformou em pensamento, acalmando meu medo e o da equipe. Recuperei as funções do intensivista e do psicanalista, ambas treinadas por anos de formação. Integrei o que eram emoções e sensações estilhaçadas, e as transformei em entendimento. Percebi que, conversando com meus analisandos e tolerando a dor mental, é possível elaborar experiências de emoções caóticas em trânsito (reverie).³

Acolhi a equipe e a orientei de forma que meu desespero não fosse percebido, pois estávamos ameaçados de perder a capacidade para trabalhar no caos. Quando sentiram segurança e verdade em mim, o navio à deriva retomou seu curso e atravessou a turbulência. Durante trinta minutos fui bastante solicitado em termos emocionais e, ao dar conta da situação, percebi que o estado mental de todos se transformou, abrindo espaço na batalha marítima intuída para um trabalho criativo, pensante e menos ameaçador, agora em águas mais calmas.

Intuições

Um jovem internado com covid-19 apresentava dificuldade progressiva para respirar. Intuí que nas próximas horas seria entubado, como evoluíram muitos pacientes jovens sem comorbidades. Eu estava ao seu lado, examinando-o e reavaliando as mudanças do quadro clínico a cada medida tomada. Mesmo com dificuldade para falar pela dispneia, dizia que estava se sentindo bem, sem falta de ar.

Ele estava em contato com a verdade de sua condição, da possibilidade de ser entubado. Eu intuía que não havia negação da realidade, mas a expressão de um desejo. Para mim, era o anúncio de força, tolerância e capacidade de luta pela vida. Em determinado momento segurou minha mão e, apesar da fala entrecortada, transmitiu com convicção que, “assim que o jogo do Palmeiras

3 De acordo com Bion, “reverie é estado mental aberto a receber quaisquer ‘objetos’ do objeto amado”, pronto a “receber as identificações projetivas da criança, independentemente de a criança senti-las como boas ou más. Em suma, a reverie é um fator da função-alfa da mãe” (1962/2021, p. 74).

começasse, tudo iria melhorar”. Era final de campeonato, e a TV em frente ao leito transmitia os instantes que antecederiam o jogo.

Mesmo diante da percepção de sua precariedade – medo e sensação de impotência –, fez contato com a parte criativa e lúdica de sua mente, construindo imageticamente a ideia que o auxiliou a manter a esperança de que seus esforços e os da equipe pudessem ganhar o jogo iniciado. Inspirado por sua vontade de tentar um pouco mais, intensifiquei as medidas de assistência ventilatória não invasivas e posterguei a entubação.

O intensivista técnico (EI) abriu espaço para que o psicanalista sonhante (EP) experimentasse com o paciente seu sonho. Ao mesmo tempo que eu monitorava o quadro clínico, observava a televisão e torcia para que o jogo iniciasse o mais rápido possível, mesmo não me interessando por futebol. Lembrei-me de Manuel Bandeira e seu poema “Vou-me embora pra Pasárgada” (1930/2013), e me permiti, mesmo que por um instante, “ter uma aventura de tal modo inconsequente” para me colocar em outro espaço mental, com maior capacidade para o sonho, aguardando o próximo momento ao som dos fogos de artifício que anunciavam o início da partida.

Infelizmente, antes do final do primeiro tempo tive de entubá-lo; senti a dor e o peso do mundo sobre mim. Apesar de invadido por um turbilhão de emoções, como medo e desespero, e com tremor e suor escorrendo pela testa, expliquei os procedimentos que realizaria. A partir da percepção da minha precariedade, entrei em contato com a impotência de todos nós pela imponderável imprevisibilidade da vida.

Diante da tormenta emocional, cumpri os procedimentos necessários; ele ficou entubado por mais de dez dias, e mantive um nível de sedação que pudesse deixá-lo confortável, porém não em coma. Certa ocasião, ao me aproximar, percebi-o agitado, querendo comunicar algo. Como estava entubado, não pude entendê-lo. Entreguei caneta e prancheta com papel, e com dificuldade escreveu: “O Palmeiras é campeão?”. Muito emocionado, eu disse que “éramos campeões”. Ele vibrou com a notícia, e senti que ele captava diversas dimensões dessa expressão.

Creio que fomos, um para o outro, um continente, e acolhemos os conteúdos violentos e desesperadores da situação de escuridão e medo, absorvendo-os e transformando-os em modelos sonhantes – a partida de futebol e a fuga para Pasárgada – que nos auxiliaram a atravessar a turbulência.

Grotstein apresenta a ideia do continente como um “tradutor comunicativo, um mediador, filtro (desintoxicador) e transdutor de estados de energia emocional dos domínios inconteníveis da infinitude para as dimensões contêníveis da realidade comum” (2010, p. 165). Poucos dias depois o jovem palmeirense teve alta, e o analista na UTI apegou-se mais à intuição para caminhar na escuridão.

Palmas como comunicação

Na UTI os leitos são posicionados um ao lado do outro, formando um semicírculo, tal como a letra U. Em um deles estava, havia um mês, um jovem clinicamente estável, mas que precisava lidar com sequelas comuns a pacientes graves cuja permanência na UTI era prolongada. Além da debilidade física, estava triste, pouco comunicativo, quase sempre de olhos fechados, mas não dormindo. Parecia que todo o ambiente havia se tornado hostil a ele. Outro jovem, também internado havia bastante tempo, foi transferido para um leito em frente ao seu, e batia palmas para pedir ajuda. Duas palmas denotavam dor; três, que gostaria de dormir. Enfim, eram diversas comunicações através desses movimentos.

No filme *O escafandro e a borboleta* (Schnabel, 2007), as graves limitações físicas do personagem principal não o impediram de se comunicar com o mundo. O primeiro paciente, que parecia estar enclausurado numa couraça de dor e trauma, aprendeu a bater palmas e passou a se comunicar, lidando inclusive com a percepção de que a equipe atendia mais prontamente às palmas do seu “professor” do que as dele. Isso o deixava bravo, mas mais vivo.

Esse exemplo nos faz pensar na importância de adquirir uma linguagem que seja captada pelo interlocutor, que possibilite a comunicação através das sensações e das emoções. Na UTI, em uma conversa coloquial ou na relação psicanalítica, a comunicação, inerente às relações, tem de ser construída a cada encontro para atingir a “linguagem de consecução” (Bion, 1970/2006; Sandler, 2021), cuja característica é a consideração pela verdade, comunicando, “tal qual os artistas, uma experiência emocional, precisão de comunicação, universalidade e durabilidade” (Bion, 1965/2004b, p. 47). Segundo Avi, “a linguagem forjada pela dupla é comunicativa e evidencia a comunicação além ou aquém da linguagem verbal” (2020, p. 240), no entanto sucinta e eficaz.

Psicanálise como exercício de se colocar em risco

Enquanto trabalhava diariamente na UTI durante a pandemia, criei uma rotina que me permitia ir para casa, tomar banho e fazer um intervalo antes de iniciar meus atendimentos analíticos. Brincava comigo mesmo que fazia banhos de descarrego. Criava em minha mente a imagem de que, junto com a água do banho, escorriam tanto os germes que porventura estivessem em mim quanto o peso e o horror experimentado nas horas de trabalho. Porém, incrivelmente, sentia-me mais seguro e protegido contra as infecções na UTI. Lá mantinha-me atento, vigilante e paramentado; o risco fazia-me redobrar os cuidados de proteção.

Certo dia, chamei um paciente na sala de espera do consultório para a sessão após o final de semana. Entrou em silêncio, olhando para baixo, sentou no divã, retirou a máscara e se deitou. Aguardei com a mente invadida pela ideia da morte. Conjecturei que ele me diria algo a respeito, pois no período da pandemia a morte como evento real estava próxima. Contudo, considerei que eu ainda estivesse mentalmente impregnado pelas experiências da UTI, das quais eu mal havia saído.

Após o silêncio, contou de um incômodo na garganta que irradiava para o ouvido, associado a mal-estar e febre. Tinha certeza de não estar contaminado pela covid-19; era apenas cansaço pelos dias que tivera. Pensou em não me dizer nada, desconsiderando rapidamente essa possibilidade, pois passou a se preocupar em estar me submetendo ao risco de contaminação.

Senti um impacto em minha direção, como se tivesse levado um soco no tórax. Percebi-me mentalmente infectado. Qual era a rota de fuga? Pedir que colocasse a máscara? Colocar a minha? Exigir que se retirasse?⁴ Não era o vírus que nos ameaçava, e sim a possibilidade de contato/contágio presente na relação de intimidade.

Para investigar a experiência e me resgatar do medo, passei a narrar em detalhes o que se passava entre nós. Disse que ele havia sentido o corpo estranho, mas veio ao consultório, entrou na sala em silêncio, retirou a máscara. Fiquei na expectativa de que isso pudesse nos ajudar a desdobrar o embaraço instalado. O uso do discurso narrativo como método para alcançar outras dimensões mentais foi uma tentativa de expandir o acesso à experiência emocional. Braga refere que a experiência emocional é:

Um fenômeno mental, apreensível na dimensão do sentir, produto final de uma transformação que pode ocorrer nos meios de conhecer (K) ou de tornar-se a realidade (O); seria a emanção de uma emoção primária [amor (L), ódio (H) e conhecer (K)] que vincula objetos, funcionando como continente e contido, e que necessita adquirir a qualidade de consciência para poder ser transformada pela função-alfa no processo de formação de um pensamento por um pensador. (2021, p. 20)

Proust, no romance *Em busca do tempo perdido* (1913/2016), ao narrar a experiência do personagem principal saboreando uma *madeleine* molhada no chá, parte de um fato corriqueiro para fazer uma viagem impressionante por sua memória emocional/inconsciente – involuntária na linguagem de Proust –, ampliando a dimensão das emoções experimentadas. Ao narrar

4 Quando essa sessão se realizou, nós dois, por sermos profissionais da saúde, já havíamos sido vacinados com duas doses.

detalhadamente o que se passou entre nós, ampliei a ideia da contaminação emocional que eu havia alcançado inicialmente.

Diferente da UTI – onde quase todos os riscos são previstos –, no consultório sinto-me desparamentado. Vivo a vulnerabilidade das relações me expondo às experiências emocionais infectantes difíceis de tolerar. Aciono minha capacidade “imunológica mental”⁵ para sustentar o caos pandêmico encenado, e encontro mais espaço para pensar.

Voltando ao paciente, ele passou a conversar de forma descontraída e correlacionou os sintomas do início da sessão com o desamparo e solidão sentidos ao discutir com a namorada na noite anterior.

Salto

No pior período da pandemia, fui solicitado a auxiliar a entubação de um jovem na enfermaria, pois os leitos da UTI estavam lotados. Na função de orientar, eu aguardava a equipe se preparar para a entubação como um expectador da cena, preparado para a catástrofe iminente, observando o que me rodeava em uma posição expectante, em especial o jovem que, apesar do cansaço para respirar, mantinha-se tolerante. Observei o movimento sincronizado e quase ensaiado da equipe preparando-se para entrar em ação, tal qual um corpo de baile pronto para iniciar a apresentação: ajuste do ventilador, preparação das medicações e posicionamento para o próximo passo.

Naquele instante, meus olhos se entrecruzaram com o que passava na tv, presumindo ser o que o jovem assistia. O programa esportivo transmitia outro jovem que se preparava para saltar de asa-delta. Mesmo com a tv sem som, fui capturado pelas belas imagens da preparação da equipe de filmagem e do voo. Alternadamente observei a equipe de plantão preparando o cenário para outra espécie de salto. Quando o plantonista se posicionou na cabeceira da cama do paciente, o atleta quase que sincronicamente se posicionou na cabeceira íngreme da montanha. O enfermeiro começou a preparar as medicações para sedar o paciente, ao passo que o atleta começou a correr em direção ao cume da montanha. O paciente se acalmou e dormiu sob o efeito dos sedativos, e o esportista, soltando um vigoroso e emocionante grito que escutei com meus olhos, se lançou no vazio, rumo a um voo controlado, previsível e calmo, numa espécie de balé entre as nuvens.

Expectador das duas cenas, conjecturei que os olhos atentos do intensivista diante do procedimento realizado permitiram aos olhos do psicanalista

5 Minha ideia de imunidade mental, seguindo o modelo médico-biológico, diz respeito a uma imunidade momentânea que dê conta do momento vivido. Ela se torna ineficaz no instante seguinte da experiência.

sonhar os saltos apresentados. Tomado pelo impacto estético das duas experiências emocionais (dimensões) que aconteciam simultaneamente, o eu-psicanalista (EP) tomou voz e compartilhou com alguém que estava ao meu lado algo como: “o salto era a única possibilidade dos dois, restando a eles e a todos nós aguardar com fé para que o pouso seja breve e seguro”. Não sabia com quem estava compartilhando aquele pensamento, pois estávamos todos encapsulados em uma espécie de fantasia de astronauta. Porém gosto da ideia de que na verdade estava conversando com o eu-intensivista (EI), que até então era mero espectador.

Paciência ↔ segurança

Uma das funções do intensivista é realizar punções de veias calibrosas para instalar cateteres por onde se infundem medicamentos e introduzem marca-passos. Sendo um procedimento invasivo, está associado a riscos de punções acidentais em artérias e pneumotórax. Fui bastante treinado para esses procedimentos e já os fiz diversas vezes, mas apesar da prática experientemente apreensão e medo, configurados em minha mente como uma catástrofe por vir.

Uma espécie de pesadelo me visitou antes de iniciar uma punção. Já me imaginei drenando o pneumotórax ou acionando de forma urgente o cirurgia vascular para estancar o sangramento da artéria lesada. Entrei em contato com uma dimensão de minha mente sem esperança e ameaçada, que não considerava minha capacidade técnica nem minha longa experiência. Ao mesmo tempo, acessei outra dimensão mental que me dava notícias da turbulência a ser atravessada e do risco de deixar de pensar durante o procedimento.

Quando me aproximei do paciente para realizar a assepsia da região a ser puncionada e após delimitá-la com campos estéreis, enfrentei o medo e recuperei a capacidade de pensar e agir. Com seringa e agulha nas mãos, atravessei a pele e contei com meus instrumentos sensoriais, minha experiência, intuição e fé, e fui em direção ao vaso a ser puncionado.

Relacionei essa experiência com conceitos propostos por Bion (1962/2021) para lançar um facho de luz (ou escuridão)⁶ ao movimento que experimentei como intensivista e psicanalista. O desespero diante da expectativa de lidar com algo familiar (a punção) e ao mesmo tempo desconhecido me apresentou a um estado de mente que Bion denominou *paciência*, diferenciando-a da posição esquizoparanoide de Klein, segundo o qual ela serve

6 Freud, em carta dirigida a Andreas-Salomé sobre como conduzir uma análise, escreveu: “É preciso emitir um facho de intensa escuridão de modo que algo que até então tenha ficado obscurecido pelo resplendor da iluminação possa cintilar ainda mais na escuridão” (citado por Grotstein, 2010, p. 15).

para “descrever um estado patológico” (1970/2006, p. 130). O contato com a paciência e a capacidade negativa⁷ me manteve num estado perturbador de sofrimento por ter que tolerar frustração.

Fui me dando conta de que meu sentimento se transformava, e passei a experimentar *segurança*, termo utilizado por Bion para diferenciá-lo da posição depressiva de Klein. Nesse estado de mente, senti-me a salvo, suportando a ansiedade para seguir com minha função.

Segundo Bion (1992/2000), entre as duas posições – paciência/esquizo-paranoide e segurança/depressiva – há o fato selecionado, harmonizador. Sua descoberta “garante a progressão constante, a própria essência do apreender e, portanto, do crescimento” (p. 260). Então, o pedaço de pele circundado pelos campos estéreis passou a ser o fato selecionado daquela experiência. A partir daí experimentei transpor o pesadelo sonhado e, assim, continuar.

Que caíam as máscaras!

Certa ocasião, fui ao quarto de isolamento falar com a família de uma paciente sedada profundamente devido à covid-19. Eu estava com os aparatos de proteção, assim como seus dois filhos. Informei-lhes da situação clínica da mãe enquanto a filha fazia movimentos com as mãos, tentando uma comunicação em Libras. Falei que não sabia usar essa linguagem, mesmo sabendo que ela não me ouvia. O irmão me pediu para retirar a máscara para que ela fizesse a leitura labial. Com certo desconforto, eu disse que não poderia fazê-lo pelo risco de me contaminar; dirigi-me a ele para dar as informações que poderia transmitir à irmã.

Apesar da minha comunicação clara e simples, percebi que ele também não assimilava o que eu falava. Depois de alguns instantes, ele disse que tinha dificuldade para me compreender. Percebi haver um déficit intelectual. Meu desconforto se tornou ameaça, e me senti encurralado diante da situação. Faltavam-me instrumentos de comunicação adequados para transmitir as informações necessárias. Naquele momento o mudo era eu.

A ameaça que experimentei vinha do fato de tentar expor aos filhos o estado de sua mãe, sem que isso se tornasse um risco para mim, pois a única forma de me fazer compreender seria retirando a máscara. Convidei-os a sair do quarto e, mesmo que não fosse permitido retirar as máscaras, abaixei a minha, deixando meus lábios expostos, e passei a conversar com ela, que compreendeu as informações. Ela se emocionou por entrar em contato com a

7 Bion, no seminário “Negative capability”, de 1977, expandiu o conceito do poeta inglês John Keats: “Capacidade de tolerar meias verdades, incertezas, mistérios, dúvidas, situações inacessíveis sem querer alcançar, irritado, um efeito e razão” (citado por Chuster & Stümer, 2019, p. 131).

gravidade do estado clínico da mãe, e eu por perceber que meu ato disruptivo transformou aquele encontro.

A experiência ilustrou algo fundamental para a vida e para o trabalho analítico: o acesso à verdade exige a retirada das máscaras que nos protegem do contato humano autêntico. Aqui a máscara representa a dificuldade em revelar nossas precariedades a nós mesmos e expor ao outro nossas emoções. Máscaras são criadas para formar personagens (vide bailes de máscara) e impedem o contato íntimo, de fundamental importância no encontro analítico, uma vez que devemos promover essa aproximação e tornar permeável a barreira de contato.⁸

Como seres humanos precários e fadados a decrepitude, ter a coragem de compartilhar essa humanidade nos torna cada vez mais psicanalistas. Assim podemos observar a relação, considerando-nos parte dela de forma viva e verdadeira.

A exposição do “ser” humano

Médico, intensivista, psicanalista e ser humano. Durante o longo e permanente processo de vir a ser, fui entrando em contato com quem sou, com minhas capacidades e insuficiências diante dos mistérios da vida. Para mim, uma das funções do analista é a coragem de se expor, mostrar-se humano, demasiadamente humano diante do outro. Renunciando a títulos, máscaras e aparatos que aparentemente me protegem (encouraçam) e escondem a vulnerabilidade diante do encontro comigo, com o outro e com a vida, passo a acolher as emoções em trânsito e me disponibilizo a vivenciar as verdades dos encontros.

A escrita do diário de bordo colocou-me como observador e personagem, ambos implicados nas experiências. EI e EP são duas das diversas dimensões da minha mente que me põem a observar os fenômenos emocionais comunicados a mim – independentemente do lugar de onde os observo – e impregnados pelas experiências apreendidas no meu caminhar.

8 Em *Aprender da experiência* (1962/2021), Bion apresenta esse conceito com o termo usado por Freud em “Projeto para uma psicologia científica”. Segundo Bion, ela delimita o consciente e o inconsciente e, quanto mais permeável for, mais intenso se torna o trânsito entre os dois. A função-alfa tem um importante papel, pois transforma elementos sensoriais relacionados com a experiência emocional em elementos-alfa, geradores dessa barreira.

Sobre el tránsito entre la UCI y el psicoanálisis

Resumen: El autor se basa en sus experiencias como médico intensivista y psicoanalista para crear una especie de cuaderno de bitácora que comunica las situaciones emocionales límite vividas durante la pandemia de covid-19. Utiliza la noción de tránsito continuo entre estados mentales, que en el artículo denomina estado mental intensivista y estado mental psicoanalista, para describir las experiencias emocionales que sufrió. A través del contacto con su intuición, imaginación y sueños, presenta una serie de viñetas clínicas, utilizando el pensamiento de W. R. Bion como principal punto de referencia.

Palabras clave: mente multidimensional, pandemia, experiencia emocional, experiencia catastrófica, psicoanálisis

On the transit between the ICU and psychoanalysis

Abstract: The author draws on his experiences as an intensive care physician and psychoanalyst to create a kind of logbook that communicates the borderline emotional situations experienced during the covid-19 pandemic. He uses the notion of continuous transit between mental states, which in the article he calls the intensivist mental state and the psychoanalyst mental state, to describe the emotional experiences suffered. Through contact with his intuition, imagination and dreams, he presents a series of clinical vignettes, using the thought of W. R. Bion as his main reference point.

Keywords: multidimensional mind, pandemic, emotional experience, catastrophic experience, psychoanalysis

Sur le transit entre l'USI et la psychanalyse

Résumé : L'auteur s'appuie sur ses expériences en tant que médecin en soins intensifs et psychanalyste pour créer une sorte de journal de bord qui communique les situations émotionnelles limites vécues pendant la pandémie de covid-19. Il utilise la notion de transit continu entre les états mentaux, qu'il appelle dans l'article l'état mental de l'intensiviste et l'état mental du psychanalyste, pour décrire les expériences émotionnelles qu'il a vécues. Au contact de son intuition, de son imagination et de ses rêves, il présente une série de vignettes cliniques, en utilisant la pensée de W. R. Bion comme référence principale.

Mots-clés : esprit multidimensionnel, pandémie, expérience émotionnelle, expérience catastrophique, psychanalyse

Referências

- Avi, M. C. (2020). Adeus à linguagem ↔ a Deus, a linguagem. *Berggasse 19*, 10(2), 233-253.
- Bandeira, M. (2013). Vou-me embora pra Pasárgada. In M. Bandeira, *Libertinagem*. Global. (Trabalho original publicado em 1930)
- Bion, W. R. (1985). Evidência. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 19, 129-141. <https://tinyurl.com/33ws3rtu>. (Trabalho original publicado em 1976)
- Bion, W. R. (1996). *Uma memória do futuro, livro 3: a aurora do esquecimento* (E. H. Sandler & P. C. Sandler, Trans.). Imago. (Trabalho original publicado em 1991)
- Bion, W. R. (2000). *Cogitações* (E. H. Sandler & P. C. Sandler, Trans.). Imago. (Trabalho original publicado em 1992)
- Bion, W. R. (2004a). *Elementos de psicanálise* (J. Salomão, Trad., 2ª ed.). Imago. (Trabalho original publicado em 1963)
- Bion, W. R. (2004b). *Transformações* (P. C. Sandler, Trad., 2ª ed.). Imago. (Trabalho original publicado em 1965)
- Bion, W. R. (2006). *Atenção e interpretação* (P. C. Sandler, Trad., 2ª ed.). Imago. (Trabalho original publicado em 1970)
- Bion, W. R. (2021). *Aprender da experiência* (P. C. Sandler, Trad.). Blucher. (Trabalho original publicado em 1962)
- Braga, J. C. (2021). Cogitações sobre experiências emocionais e intuições a partir da experiência com o atendimento psicanalítico a distância. *Berggasse 19*, 11(1), 17-26.
- Chuster, A. & Stürmer, A. (Orgs.). (2019). *Capacidade negativa: um caminho em busca da luz*. Zagodoni.
- Civitarese, G. (2021). Campo incorporado e reverie somático. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 55(3), 43-57.
- Grotstein, J. S. (2010). *Um facho de intensa escuridão: o legado de Wilfred Bion à psicanálise* (M. C. Monteiro, Trad.). Artmed.
- Junqueira Filho, L. C. U. (2008). A “disputa” (*prise de Bec*) entre Beckett e Bion: a “experimentação” do insight no resplendor da obscuridade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(2), 103-117.
- Klein, M. (2006). Sobre a identificação. In M. Klein, *Obras completas de Melanie Klein* (B. H. Mandelbaum et al., Trans., Vol. 3, pp. 169-204). Imago. (Trabalho original publicado em 1955)
- Proust, M. (2016). *Em busca do tempo perdido* (M. Quintana, Trad., Vol. 1, 4ª ed.). Biblioteca Azul. (Trabalho original publicado em 1913)
- Sandler, P. C. (2021). *A linguagem de Bion: um dicionário enciclopédico de conceitos*. Blucher.
- Schnabel, J. (Diretor). (2007). *O escafandro e a borboleta* [Filme]. Pathé Renn Production; Canal+; The Kennedy/Marshall Company; France 3 Cinéma.
- Winnicott, D. W. (2000). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 491-498). Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956)

Recebido em 16/1/2025, aceito em 14/5/2025

Leonardo Couri

leocouri@hotmail.com

doi: 10.69904/0486-641X.v59n3.08