

Relato de Experiência

O sofrimento das mães na uti-neonatal: separação, vínculo e escuta

*The suffering of mothers in neonatal intensive care unit:
separation, bonding and listening*

*El sufrimiento de las madres en una unidad de cuidados intensivos:
separación, vinculación y escucha*

Daniela Rodrigues Goulart Gomes¹ ; Isabella Maria Oliveira Borges do Nascimento² ;
Juliana Moreira Macário Souza³ 

Resumo: A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal caracteriza-se por admitir recém-nascidos de 0 a 28 dias de vida. Essa classificação admite internamentos dos recém-nascidos imediatamente após o parto para assistência, sobretudo, à prematuridade, além de quadros associados ou não a esta condição, como: desconforto respiratório, sofrimento fetal, infecção, hipoglicemias, malformação congênita, sendo menor o número de internamento aos recém-nascidos após 72 horas. Logo, a separação física bebê/família é imediata à saída do útero materno, configurando uma experiência de descontinuidade muito precoce a ambos, gerando sofrimento, desamparo e despotencialização da função de maternagem. Objetiva-se refletir sobre as escutas realizadas pelos discentes do curso de Psicologia no contexto hospitalar e sobre as habilidades adquiridas frente às experiências de separação junto às mães com neonatos hospitalizados em um hospital do interior da Bahia. A análise das experiências registradas em diário de campo foi realizada conforme referencial psicanalítico. A experiência permitiu verificar a importância da escuta no ambiente hospitalar e a aquisição de habilidades técnicas, sociais e profissionais de discentes na utilização de dispositivos leves no cuidado à hospitalização.

Palavras-chave: Palavras-Chave: Escuta, Neonatologia; Vínculo; Psicanálise.

Abstract: The Neonatal Intensive Care Unit is characterized by admitting newborns from 0 to 28 days of life. This classification admits hospitalizations of newborns immediately after childbirth for assistance, especially to prematurity, in addition to conditions associated or not with this condition, such as: respiratory distress, fetal suffering, infection, hypoglycemia, congenital malformation, and the number of hospitalizations to newborns after 72 hours is lower. Therefore, the physical separation of the baby/family is immediate at the exit of the maternal uterus, configuring an experience of very early discontinuity to both, generating suffering, helplessness and depotentialization of the maternal function. The aim of this study is to reflect on the listening sessions carried out by Psychology students in the hospital context and on the skills acquired in the face of separation experiences with mothers with newborns hospitalized in a hospital in the interior of Bahia. The analysis of the experiences recorded in a field diary was carried out according to the psychoanalytic framework. The experience allowed us to verify the importance of listening in the hospital environment and the acquisition of technical, social and professional skills by students in the use of light devices in hospital care..

Keywords: Listening; Neonatology; Bond; Psychoanalysis.

¹Professora Doutora do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.
Email: daniela.goulart@ufba.br

²Graduanda em Psicologia pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.
Email: ibella.bn@gmail.com

³Graduanda em Psicologia do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.
Email: julianamoreiramacario@outlook.com

Endereço postal: Rua Hormindo Barros, nº 58, quadra 17, lote 58. Bairro Candeias, CEP 45.029-094. Vitória da Conquista, BA. (Universidade Federal da Bahia)

Fonte de financiamento: O projeto ao qual se refere o artigo foi apoiado financeiramente com bolsas discentes vinculadas ao Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Extensão (PIBIEX) da Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT) da Universidade Federal da Bahia.

Agradecimentos: Agradecemos à instituição HOSPITAL SAMUR de Vitória da Conquista, Bahia, pela parceria no desenvolvimento do projeto e à toda equipe da UTI Neonatal. Às mães, pela paciência, delicadeza e disponibilidade em compartilhar experiências singulares na hospitalização. À Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal da Bahia, pelo apoio financeiro às discentes bolsistas.

Recebido em: 07/08/2024 | **Alterado em:** 4/04/2025 | **Aceito em:** 15/04/2025



Resumen: La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se caracteriza por admitir a recién nacidos de 0 a 28 días de edad. Esta clasificación permite la hospitalización de recién nacidos inmediatamente después del nacimiento para asistencia, especialmente con prematuridad, además de condiciones asociadas o no a esta condición, tales como: malestar respiratorio, sufrimiento fetal, infección, hipoglucemia, malformación congénita, con un menor número de hospitalizaciones de Recién nacidos después de 72 horas. Por lo tanto, la separación física bebé/familia es inmediata al salir del vientre materno, creando una experiencia de discontinuidad muy temprana para ambos, generando sufrimiento, impotencia y desempoderamiento de la función materna. El objetivo es reflexionar sobre la escucha realizada por estudiantes de la carrera de Psicología en el contexto hospitalario y sobre las habilidades adquiridas frente a las experiencias de separación con madres de recién nacidos internados en un hospital del interior de Bahía. El análisis de las vivencias registradas en el diario de campo se realizó según el marco psicoanalítico. La experiencia permitió constatar la importancia de la escucha en el ambiente hospitalario y la adquisición de habilidades técnicas, sociales y profesionales por parte de los estudiantes en el uso de dispositivos luminosos en la atención hospitalaria.

Palabras clave: Escucha; Neonatología; Vínculo; Psicoanálisis.

Introdução

Segundo o Manual de Neonatologia da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2018), o período neonatal situa-se do nascimento até 27 dias, 23 horas e 59 minutos, sendo o período neonatal precoce do nascimento até seis dias, 23 horas e 59 minutos; e o período neonatal tardio do sétimo dia até atingir 27 dias, 23 horas e 59 minutos. Para classificar a idade gestacional dos neonatos, o manual define como pré-termo aqueles nascidos com menos de 37 semanas de gestação completas; prematuros tardios: de 34 semanas a 36 e 37 semanas; termos: de 37 semanas completas até menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias) e pós-termos os bebês com 42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais). Essa classificação descritiva é relevante porque permitirá à equipe uma avaliação mais acurada em relação aos riscos de mortalidade e morbidade, empregando cuidados específicos por toda a equipe multidisciplinar no que tange à internação hospitalar.

A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI Neonatal) admite internamentos dos recém-nascidos imediatamente após o parto. Caracteriza-se por pela oferta de suporte avançado na admissão e cuidados a recém-nascidos, de 0 a 28 dias de vida (denominados neonatos), com internamento emergencial para assistência, sobretudo, à prematuridade, além de quadros associados ou não a esta condição – tais como: desconforto respiratório, sofrimento fetal, infecção, hipoglicemias, malformação congênita – evidenciando a necessidade de atenção, cuidado e assistência em um período de vida crucial à sobrevivência destes.

Estudos demonstram (Anauate & Amiralian, 2007; Jerusalinsky, 2000; Santos & Vorcaro, 2016) que o nascimento prematuro de bebês com alguma condição que demanda hospitalização pode interferir na constituição subjetiva do vínculo mãe-bebê, dado ao que Anauate e Amiralian (2007) denominam de *preocupação materna primária*, caracterizada pela delegação do exercício de cuidar ao saber especializado, concretizando o distanciamento emocional e a sensação de impotência e desamparo.

Nas primeiras visitas e contato, a mãe do neonato internado depara-se com um ambiente diferente de suas expectativas, com diversos aparelhos tecnológicos, bebê preso a fios e monitores e este quase sempre dormindo, o que tende a produzir sentimentos de insegurança e medo com relação à sobrevida fora daquele ambiente controlado. Por vezes, tem dificuldade em identificar e compreender a condição de saúde do bebê e seus riscos, como a prematuridade, baixo peso e outros fatores dificultadores da boa evolução da situação clínica do bebê (Ued et al., 2019).

De acordo com Lima e Smeha (2019), durante a gestação, as mães constroem a imagem do filho ideal, por meio de fantasias inconscientes. Após o nascimento, elas precisam se adaptar à imagem do bebê real para que ocorra alguma vinculação. Quando o bebê nasce com alguma intercorrência na saúde e necessita de hospitalização, essa adaptação/vinculação emocional torna-se ainda mais difícil, posto que distante do idealizado. O nascimento é o momento em que a família idealiza a criança que está por vir, sendo, quase sempre, motivo de alegria e satisfação. No entanto, para as mães participantes deste estudo, a realidade apresentou-se diferente da idealizada: o bebê foi internado em uma UTI Neonatal e elas tiveram interrompido o plano de ir para casa com ele, demandando uma escuta singularizada.

A escuta, por sua vez, emerge como dispositivo clínico-interventivo importante no amparo do sofrimento e na potencialização do exercício da função materna ao fornecer campo para ressignificação singular de perdas e construção de novas expectativas quanto à maternagem. Segundo Dunker e Tebas (2019), a escuta é, além de uma arte, uma implicação psicanalítica de ordem ética e política, designada por uma atitude crítica diante do poder da universalização dos sentidos, engendrando um efeito de responsabilidade com a experiência em curso. Marcada pelo espanto e pela perplexidade que emergem da escuta espontânea, fruto da associação livre e atenção flutuante, a escuta psicanalítica é não protocolar; se efetiva a partir do encontro, dos acontecimentos e por meio da prática; e opera em via de mão dupla, ou seja, ao mesmo tempo que exige abertura para o surgimento do novo, dá lugar ao vazio, produzindo giros discursivos ou deslocamentos de sentidos naquele que fala-escuta e naquele que escuta-fala.

O objetivo deste estudo é, pois, refletir sobre as escutas realizadas pelos discentes do curso de Psicologia no contexto hospitalar e sobre as habilidades adquiridas frente às experiências de separação junto às mães com neonatos hospitalizados em um hospital do interior da Bahia. Para tal, apresentaremos as atividades realizadas, como observação, escuta e análise dos diários de campo (via vinhetas) que endossam a relevância da escuta no ambiente hospitalar e a aquisição de habilidades técnicas, sociais e profissionais de discentes na utilização de dispositivos leves no cuidado à hospitalização.

A experiência descrita ocorreu no desenvolvimento de um projeto de extensão que se apresenta como uma aposta de cuidado frente à situações-limite – tais como o adoecimento e a hospitalização, que desencadeiam sensações de estranhamento, desterritorialização e sofrimento.

Um projeto de extensão, uma experiência de aposta

A extensão é um eixo de atuação universitária que promove a ampliação e o fortalecimento da relação bilateral entre universidade e comunidade na promoção de um diálogo frutífero entre ações de ensino e práticas articuladas à resolução de dificuldades da vida cotidiana (Universidade Federal da Bahia, 2019). Busca, por sua vez, produção de conhecimentos socialmente robustos e vivências formativas transformadoras, impactando tanto a formação acadêmica dos seus participantes como a realidade experenciada nos diversos campos de atuação.

Para os Cursos de Psicologia, a mais atual Diretriz Curricular Nacional (Resolução nº 1, 2023) estabelece que as atividades extensionistas devem fomentar práticas ao longo do período de formação, totalizando obrigatoriamente até o percentual de 10% da carga horária total do curso – como preconiza a Resolução que estabelece as diretrizes para a determinação de princípios, fundamentos e procedimentos para a efetivação da Extensão na Educação Superior Brasileira (Resolução nº 7, 2018).

As atividades descritas nesse artigo foram desenvolvidas na UTI Neonatal de um hospital situado no interior da Bahia e estão vinculadas ao Projeto de Intervenções Psicanalíticas em Saúde (PIPS). O Hospital é uma instituição que atende Alta e Média Complexidade e possui assistência a nível ambulatorial. Atualmente, a UTI Neonatal dispõe de 12 leitos, possui dupla vinculação (de gestão municipal e estadual) e atende pacientes da rede pública e privada. O PIPS, por sua vez, é um projeto de extensão permanente que possui como suporte teórico-metodológico a Psicanálise. Ocorre desde abril de 2023 e é composto por ações formativas (de ensino), investigativas e profissionalizantes (clínico-assistenciais), destinadas à potencialização da formação de estudantes do Curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia para atendimento no campo específico da Psicologia Hospitalar.

A Psicologia Hospitalar é uma área regulamentada no Brasil e reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (2000), que abrange ações de promoção, recuperação, tratamento e prevenção de agravos à saúde em situações de sofrimento advindas da hospitalização e internamento. Engloba a atenção especializada a pacientes e seus familiares e emerge como campo relevante ao cuidado a populações vulneráveis, necessitando de constante aprimoramento e investigação.

Considerando saberes teórico-metodológicos que versam sobre a Psicologia Hospitalar como “campo de entendimento e tratamento dos aspectos em torno do adoecimento” (Simonetti, 2004, p. 15), as manifestações da subjetividade passaram, mediante esta perspectiva, a serem consideradas na sua singularidade e na historicidade da doença, exigindo um olhar para além da consideração apenas dos aspectos biológicos do adoecimento. Desse modo, a escuta e a abordagem clínica do sofrimento do sujeito (e não apenas da doença), postam-se como aspectos relevantes à prática de escuta do psicólogo hospitalar.

Na defesa do compromisso radical com o sujeito doente e sua singularidade (Brasil, 2010) e na consideração da premissa do acolhimento como forma de reconhecimento e valorização legítima da necessidade da escuta qualificada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), é que a Psicanálise se faz presente à prática hospitalar – dado que a saúde desnuda fragilidades físicas e, sobremaneira, existenciais (Gomes, 2019).

Consoante à estratégia de atuação da Clínica Ampliada (Brasil, 2009), que refuta a redução dos indivíduos à dimensão do diagnóstico e das práticas burocráticas de recuperação e tratamento da doença, a Psicanálise também opera, desde seu surgimento (como aporte teórico-metodológico conceitual) segundo a clínica do sujeito, cujo corpo é suporte da alteridade, imerso nas dimensões “imaginária, simbólica e real, tecido pela sexualidade e pela linguagem” (Moretto, 2019, p.49).

No contexto da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI Neonatal), o projeto surge como uma aposta na experiência de escuta e acolhimento como sendo dispositivos potencializadores de criação de espaços de produção de significados-significantes diante das dificuldades e dos conflitos que emergem do inesperado da hospitalização de um filho prematuro.

O acolhimento é uma diretriz do Programa Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2010) que preconiza o reconhecimento das necessidades dos usuários e seus familiares via escuta qualificada, atenta e ética - para além das necessidades biológicas. Posta-se, nesse sentido, como uma estratégia potente de vinculação no cuidado humanizado às mães de neonatos hospitalizados em uma UTI.

Segundo Costa, Mombelli & Marcon (2009), a realidade vivenciada pelas mães é caracterizada por uma constante luta entre a saúde e a doença do neonato e por condições sociofamiliares complexas, nas quais mães possuem outros filhos em casa, emprego, marido, dificuldades financeiras, sendo que, muitas vezes, a internação ocorre em cidade diferente da qual se reside. Santos et al. (2013) destacaram, em seu estudo, que as mães que tinham outros filhos desencadearam a sensação de impotência, pois elas encontravam-se entre a necessidade de acompanhar seu filho hospitalizado e o fato de não poder cuidar dos filhos que estavam em casa.

Todas essas situações que permeiam a realidade das vivências das mães nas UTI's reiteram a necessidade de acolhimento e uma escuta singular e especializada. A luta constante entre saúde e doença, as dificuldades em relação ao afastamento do lar, o medo e a insegurança frente à hospitalização e a iminência de morte do filho postam-se como condições-limite, únicas, muitas vezes irrepresentáveis (o que lhes faculta o caráter de situação-traumática), que suscitam uma escuta para além dos condicionantes externos ou determinantes sociais. Segundo Rosa (2016), a dimensão traumática de um evento é delineada não pela natureza do acontecimento catastrófico, mas pela impossibilidade de elaboração do acontecimento por parte do sujeito, desencadeando o que denomina de *desamparo discursivo e desamparo social* (p.25), impactando a ressignificação da própria história e a (re)construção do laço social.

Para além da valorização de uma narrativa informacional, a clínica psicanalítica se ocupa desta dimensão traumática do adoecimento e se posta como prática disruptiva ao possibilitar que o sujeito se posicione como *autor de sua história e não como colaborador* de uma cena engendrada pelos cuidados e discurso biomédico. (Moretto, 2019, p.61).

Na UTI Neonatal, os discentes realizaram atividades de observação (participante e não participante), reuniões com a equipe multidisciplinar, evolução em prontuários (sob supervisão) e contato-escuta às mães e familiares de neonatos hospitalizados pela prematuridade e/ou condições advindas desta, com periodicidade de duas vezes na semana.

As atividades foram realizadas entre os meses de abril a dezembro de 2023, sendo acolhidas 22 pessoas, entre mães e familiares, uma vez que as visitas aos neonatos também eram esporadicamente realizadas

pelos pais e avós. Inicialmente, os discentes realizavam as observações não participantes às visitas e observação participante – a fim de aproximação e oferta de campo de escuta. Em momento posterior e, por vezes, no mesmo dia, a escuta analítica e acolhimento eram realizados em local preservado e apropriado dentro da própria UTI, designado como lactário.

A experiência inicial de observação não participante possibilitou o acompanhamento da rotina em ambiente de tratamento intensivo, verificando-se as frequentes entradas de novos recém-nascidos na unidade. As discentes foram recorrentemente expostas a termos técnicos relacionados ao estado da criança, sua comorbidade, se era a termo (bebê nascido entre 37 e 42 semanas) ou pré-termo (antes de 37 semanas), informações básicas de vida (como nome, sexo, data de nascimento, dias de vida, data de entrada no hospital, origem), quais eram os equipamentos utilizados na assistência e os motivos de seu uso. Existiam alguns pontos de observação que eram relevantes para a prática psicológica, como o tipo de alimentação (se estava sendo por sonda, ou via oral), já que a amamentação é um ato importante tanto para saúde do bebê como também para o vínculo mãe-bebê; se estava sob banho diário e como este estava sendo feito (se era somente por enfermeiros, ou se os pais já haviam sido envolvidos no processo); como ocorria a interação dos pais com o bebê; o nível de atividade da criança (se respondia a estímulos ou não), entre outros aspectos.

As atividades de observação participante possibilitaram o contato e o acolhimento às mães e familiares no lactário. As observações foram relevantes, pois permitiram a desmistificação do ambiente de tratamento intensivo para as discentes (dantes associado apenas ao efeito morte) e instituíram uma via de comunicação com as mães, que se mostravam temorosas em relação ao ambiente hospitalar e à possibilidade de morte do filho hospitalizado.

As intervenções psicanalíticas em neonatologia visam, em um primeiro momento, criar uma via de ligação entre o silêncio alicerçado pelo terrorífico da situação e a palavra que busca ressignificação da experiência e a implicação na relação mãe-bebê. O que se toma como ponto de partida para a intervenção é, segundo Jerusalinsky (2000), uma demanda que não pode ser, nesse momento inicial, articulada em palavras mas que, pela oferta da escuta, cria-se uma campo analítico (livre de recomendações e reforços) que pode se constituir em um campo de sustentação para o desenvolvimento da simbolização do bebê real, distante daquele idealizado ou, às vezes, impensado.

A partir da observação, as discentes voltavam-se à aproximação e contato com as mães, criando espaços de produção de palavras e de escuta e realizavam acolhimento dos relatos de experiência das mães dentro do hospital, sob a perspectiva de uma maternidade vincular, ambientada no contexto de internação.

A insurgência da palavra marca uma posição possível de se introduzir a dúvida, a hiância, a ambivalência e a multiplicidade de sentidos diante do adoecimento e da hospitalização, instaurando o que Lacan (1975b/1953-1954) denomina de *ordem simbólica* (p. 251).

Se “as palavras, os símbolos, introduzem um oco, um buraco, graças ao qual todas as espécies de frangeamentos são possíveis” (Lacan, 1975c/1953-1954, p. 308), a observação, a aproximação e a produção de um campo de escuta-fala se apresentaram como estratégias de nomeação da difícil experiência vivenciada.

É desse lugar, das tentativas de nomeação, da representação do eu e do apelo à fala que se estabelecem as relações e os deslocamentos imaginários frente à falta e ao desconhecido, potencializando a *função criativa* da palavra (Lacan, 1975a/1953-1954) e a polivalência dos seus empregos.

Reside, aqui, uma dupla aposta: a de que o espaço produzido pela escuta se encadeie à condição de uma fala-Outra, que inclui a ascensão de um sujeito-mãe frente à separação de seu bebê na hospitalização em uma UTI e a aposta de que, a partir do trabalho analítico, possa advir um discente-sujeito, escuta-dor.

A escuta, a escrita e a formação

Se para Arnaud (2021), “as palavras têm o poder de fazer cair o lençol branco das assombrações e escrever é uma forma de se desgarrar de si mesmo e se entregar” (p. 28), o diário de campo torna-se um instrumento potente para o registro de experiências complexas.

Como atividade extensionista, o registro das experiências foi realizado em diário de campo e possibilitou aos discentes a nomeação e ressignificação da experiência de escuta das mães de neonatos hospitalizados.

O diário de campo é um dispositivo metodológico que permite o registro das vivências e propicia a reflexão a respeito da atuação, ampliando a percepção de sentimentos, sensações, dificuldades, incoerências e potencialidades do fazer psicológico no campo da saúde. Além disso, por meio da escrita, o diário de campo permite a documentação dos acontecimentos vivenciados na prática, no campo de atuação – e essa ação reflexivo-analítica embasa a construção dialética do se que pode denominar de identidade profissional (Freitas & Pereira, 2018, p. 236).

Nas intervenções realizadas na UTI Neonatal, a separação precoce e a descontinuidade do processo de cuidar desencadearam sensações de impotência, medo e angústia nas mães de neonatos hospitalizados. A escuta dessas experiências de separação vivenciadas pelas mães foi muito impactante na formação discente e o contato com essas situações-limite também desencadeou um estranhamento à posição daquele que escuta, gerando frustração, confusão e incertezas em relação ao saber-fazer. Essas situações serão apresentadas via vinhetas, cujos nomes dos discentes foram abreviados para preservar o sigilo das informações.

“Nesse momento, me senti meio tensa e não tinha certeza se me sentia segura de fazer essa escuta.” (D.B)

“Algo que me chamou bastante atenção e que me frustrei por não ter investigado melhor foi quando ela disse que já tinha perdido um filho há cerca de um ano ... eu não sabia se deveria perguntar.” (D.C)

Mesmo diante dos desafios, as atividades prosseguiram, sob supervisão. Diante da aposta de que se pudesse construir um espaço de fala, foi-se constituindo também um sujeito de escuta, porque interpelado pela dúvida e pela sustentação do desconhecido – em si e no Outro.

“Então, lhe perguntei como estava sendo a experiência, e algo que me chamou atenção: foi que ela logo se referiu a experiência de ser mãe em si, e não da experiência no hospital, como eu esperava. Fiquei surpresa.” (D.A)

“Questões referentes a angústia, impotência e tristeza em relação a condição de alguns pacientes e familiares também me atravessaram, bem como a sensação de importância da psicologia naquele ambiente.” (D. D)

Sustentar a presença, não se evadir diante da tensão de situações difíceis, manter-se em uma escuta implicada e receptiva à vulnerabilidade abre possibilidades para que o inesperado e o estranho possam emergir.

Segundo Dunker e Tebas (2019), o desejo genuíno de *aprender a como escutar os outros* e de *aprender isso com o outro* é ponto de partida fundamental para o cuidado do sofrimento.

Considerada como tecnologia leve, ou seja, como tecnologia das relações humanas, a estratégia da escuta pode fornecer um novo olhar sobre as tecnologias/modos de cuidado em saúde, postando-se como uma necessidade contemporânea, além da doença, do corpo biológico e da relação unidirecional que se estabelece entre a tríade equipe, familiar e paciente.

A produção do cuidado impetrado pelas tecnologias leves é considerada, para Merhy e Feuerwerker (2016), uma terceira caixa de ferramentas, que se sobrepõe ao *agir tecnológico* no campo da saúde. Somando-se às tecnologias duras, caracterizadas pelos instrumentos e medicamentos que permitem acessar dados diagnósticos necessários ao fazer clínico e às tecnologias leve-duras, caracterizadas pela intersecção dos instrumentos para o fazer clínico, a leveza da terceira caixa de ferramentas, engendrada pela escuta, é a característica que deve ser aprimorada nas práticas de acolhimento. Ressaltam, ainda, que a escuta que busca captar a singularidade de cada sujeito (único no seu modo de viver em situações específicas) enriquece e amplia o raciocínio clínico dos trabalhadores em saúde ao produzir a abertura e contato com a particularidade do outro, vivificando o fazer, ou seja, tornando “o trabalho vivo em ato” (p.61).

Durante as atividades na UTI neonatal, foi possível acolher sentimentos de solidão, desamparo, medo e tristeza de mães com bebês internados. A escuta, como *tecnologia leve de cuidado*, possibilitou a ressignificação do exercício da função materna e aproximação de mães-bebês a partir da realidade vivenciada, cuidando e acolhendo também a realidade idealizada, como vê-se:

“Essa mãe falou que tinha transtorno de ansiedade e fazia acompanhamento terapêutico na sua cidade de origem. Tinha muito medo, pois trabalhava e estudava, questionando-se se seria uma boa mãe e sentia que ia perder o filho. Depois da escuta ela disse que tinha fé que ia dar tudo certo.” (D.A)

“A mãe teve complicações no parto e disse que foi uma quebra de planos não segurar o filho nos braços. Per-guntava se o bebê estava internado por sua culpa. Depois de um mês vindo diariamente, disse que sonhou que estava amamentando e o bebê a chamava, aí ela conseguiu dar um nome para ele.” (D.D)

A escuta psicanalítica, flutuante frente a situações extremamente dolorosas e traumatizantes demanda observação, silêncio, tempo e trabalho. Observação e silêncio para aguardar, sem normas apriorísticas, que a mãe, como sujeito, possa se situar diante da emergência diante daquilo que vê e sente, à espera da palavra como efeito das tentativas de ressignificação do acontecido. Aguardar o silêncio fazendo *silêncio em si* (Návio, 1999) convoca à palavra emergente, não pensada, autêntica; destitui aquele que ouve a posição de pleno saber; sustenta a neutralidade necessária ao combate da compreensão e de julgamentos, suspendendo-se os sentidos postos, à espera de um dizer-Outro (Zolty, 2010). É essa experiência, de castração simbólica daquele que escuta, que permite, a seu tempo, abertura de um campo para o trabalho analítico.

Tempo e trabalho analítico caminham juntos na construção de uma ordem significante nas situações traumáticas. Segundo Moura (2003), o que caracteriza essas situações que desencadeiam o que se de deno-mina urgência psíquica advém da falha na função simbólica e a oferta de um espaço organizador, que respeite o tempo intercambiante de silêncio e fala é a premissa para que o trabalho analítico possa ocorrer. O trabalho, assim, é uma possibilidade de *tratar do insuportável um-a-um* (Mohallem, 2003, p.24), função de fazer borda diante do vazio do inominável e deixar surgir respostas singulares para que, do estado de desamparo, possa emergir o sujeito do desejo, autor de sua história e de suas escolhas.

Nesse percurso de trabalho e criação, via de mão dupla, os relatos dos discentes demonstram a relevância da experiência na formação acadêmica dos alunos, tanto no que concerne à aquisição de saberes como no exercício de atuação no âmbito hospitalar.

“Durante esse tempo, pude ter contato com diferentes realidades dentro do ambiente hospitalar, com a rotina, os desafios, os entraves e as emoções que atravessam a vida dos profissionais e dos pacientes, o que se mostrou crucial para a percepção que eu adquiri sobre o curso e sobre a atuação.” (D. A)

“Muito difícil, mas muito importante. Minha graduação foi dividida em antes e depois desse projeto. Me mostrou a área e abordagem que quero atuar.” (D. B).

“Em termos de aprendizado, como venho salientando, foi de tamanha importância para minha formação e que, de fato, marcou toda minha jornada universitária.” (D.C)

“Se mostrou um projeto significativo para minha trajetória acadêmica possibilitando o contato na prática com o serviço da psicologia no hospital, desenvolvendo um maior conhecimento acerca do exercício psico-lógico junto a pacientes acometidos por enfermidades orgânicas, além de trazer uma base teórica extensa acerca da psicanálise e suas intervenções no âmbito hospitalar.” (D.B)

Assim, a análise das observações, das escutas e dos registros em diários de campo explicitou a relevância das atividades no que tange à aquisição de habilidades sociais e de comunicação desenvolvidas pelos discentes; habilidades profissionais de sustentação da angústia, promoção de práticas de acolhimento e escuta e possibilitou o aprimoramento de habilidades técnico-científicas, como aquisição de linguagem apropriada ao ambiente hospitalar e melhora na comunicação com a equipe da unidade. As escutas e o acolhimento postaram-se como dispositivos clínicos importantes no acompanhamento e no manejo da ansiedade materna, do medo da morte e permitiu a aproximação mãe-bebê no ambiente tecnológico da UTI, gerador de angústia e incerteza.

Cabe ponderar que houve algumas dificuldades, principalmente em relação à inserção de discentes em ambiente controlado e, posteriormente, à demanda da unidade para continuidade do projeto. Assim, com intuito de estreitar a relação interprofissional e a relação bidirecional entre universidade-comunidade, o projeto ofertou, quinzenalmente, um ciclo de encontros temáticos, com a participação aberta a alunos e profissionais desta UTI para trabalhar temáticas sobre humanização, acolhimento, método canguru, fisioterapia neonatal, primeiros cuidados ao neonato. Quanto à continuidade das escutas, os discentes iniciaram um projeto denominado *“Um passarinho me contou...”*, idealizado pelos próprios profissionais da UTI Neonatal, no qual uma mãe deixava uma carta escrita a outras, com bebês recém-admitidos na unidade, potencializando a esperança e a transmissão da experiência.

Além disso, identificamos também a necessidade de outro profissional psicólogo, uma vez que apenas um não consegue ofertar escuta e acolhimento em ambos os turnos.

Considerações finais

A organização das primeiras experiências junto a bebês hospitalizados demanda, principalmente, espaço de escuta e acolhimento. Para a prática psicanalítica, esse espaço pode e deve ser fornecido por alunos, docentes e profissionais da saúde.

A consideração da singularidade do processo de elaboração de experiências traumáticas convoca o espaço à palavra pela via do silêncio, do acolhimento e da aposta de que, a partir da posição de não saber daquele que escuta, possa advir, com tempo e trabalho, um dizer significante.

Como atitude ética, crítica e política diante do poder atribuído àquele que escuta, ou que cuida, a renúncia e esse lugar e o trabalho para fazer desse ofício uma arte repousa em sustentar a presença, não se evadir da situação, se implicar com a palavra do outro e se deixar transformar por ela (Dunker, 2019).

Escutar a experiência de mães cujos bebês estavam hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal permitiu refletir sobre as mudanças e dificuldades enfrentadas diante da iminência de morte e das complicações orgânicas desencadeadas especialmente pela separação precoce entre mãe-bebê e pela vivência contrastante entre a situação ideal e a atual.

As práticas extensionistas permitiram verificar que a escuta é um dispositivo clínico-interventivo importante no amparo do sofrimento e na potencialização do exercício da função materna na UTI Neonatal ao fornecer campo para ressignificação de perdas e construção de novas expectativas quanto à maternagem, tornando a experiência singular e significativa. A aquisição de habilidades sociais, profissionais e comunicacionais por parte dos discentes é, por certo, uma preparação para atuação nessa área hospitalar.

Resta, futuramente, analisar os impactos transferenciais operantes nesta e a partir desta escuta singular, que podem ser objeto de investigações vindouras, abrindo novos de investigações psicanalíticas.

Referências

- Anauate, C., & Amíralian, M. L. T. M. (2007). A importância da intervenção precoce com pais de bebês que nascem com alguma deficiência. *Educar Revista*, 30(1), 197–210. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602007000200013>

- Brasil. Ministério da Educação. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. (2010). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2a. ed., 5a. reimpr. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (2009). Clínica ampliada e compartilhada. (1a. ed.) https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 14, de 20 de dezembro de 2000 (2000). Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2000_14.pdf
- Costa, J. B., Mombelli, M. A., & Marcon, S. S. (2009). Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 317-325. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300005>
- Dunker, C., & Tebas, C. (2019). O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas. Planeta do Brasil.
- Freitas, R., & Pereira, E. R. (2018). O diário de campo e suas possibilidades. *Quaderns de Psicologia*, 20 (30), 235-244. <https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v20-n3-freitas-pereira/1461-pdf-pt>
- Gomes, D. R. G. (2019). Psicanálise e saúde: enlaces, dissociações e (re)existência. In: Branco, A. B. A. C. & Gomes, D. R. G. (Orgs.) *Psicologia hospitalar: teoria, vivência e casos clínicos*, 15-32. Via Veritá.
- Jerusalinsky, J. (2000). Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. *Estilos da Clínica*, 5(8), 49-63. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282000000100006&lng=pt&tlng=pt
- Lacan, J. (1975a). A função criativa da palavra. In: *Livro 1: Os escritos técnicos de Freud*, 270-279. Zahar. (Obra original publicada em 1953-1954).
- Lacan, J. (1975b). A ordem simbólica. In: *Livro 1: Os escritos técnicos de Freud*, 251-265. Zahar. (Obra original publicada em 1953-1954).
- Lacan, J. (1975c). A verdade surge da equivocação. In: *Livro 1: Os escritos técnicos de Freud*, 297-310. Zahar. (Obra original publicada em 1953-1954).
- Lima, L. G., & Smeha, L. N. (2019). Experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: uma montanha russa de sentimentos. *Psicologia Em Estudo*, 24(e38179). <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.38179>
- Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida, D. E. S., & Slomp Júnior, H. (Orgs.) *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*, 61-74. Hexit. https://www.researchgate.net/publication/267993391_Novo_olhar_sobre_as_tecnologias_de_saude_uma_necessidade_contemporanea
- Mohallem, L. (2003). Psicanálise e hospital: um espaço de criação. In: Moura (Orgs.) *Psicanálise e hospital 3: tempo e morte – da urgência ao ato analítico*, 23-34. Revinter.
- Moretto, M. L. T. (2019). Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde. Zagodoni.
- Násio, J-D. (1999). *Como trabalha um psicanalista?* Zahar.
- Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018. (2018). Conselho Nacional de Educação. Ministério da Educação. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei 13.005/201 que aprova o Plano Nacional de Educação – PNE 2014 – 2014 e dá outras providências. https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/pdf/CNE_RES_CNECESN72018.pdf
- Resolução nº 1, de 11 de outubro de 2023. (2023). Conselho Nacional de Educação. Ministério da Educação. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. <http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2023-pdf/252621-rces001-23/file>
- Rosa, M. D. (2016). A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento. Escuta.
- Santos, L. C., & Vorcaro, A. M. R. (2016). Implicações da patologia e da hospitalização do bebê ao nascer: a contribuição da psicanálise e de seu método clínico. *Estilos da Clínica*, 21(2), 282-301. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p282-301>

Santos, L. M., Oliveira, V. M., Santana, R. C., Fonseca, M. C., Neves, E. S., & Santos, M. C. (2013). Vivências maternas na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 5(1), 3432-3442. <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897028.pdf>

Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (2018). Linha de cuidado criança: manual de neonatologia (2a. ed). https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linha-de-cuidado-ses-sp/crianca/manual_de_neonatologia_linha_cuidado.pdf

Simonetti, A. (2004). Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. (1a.ed). Casa do Psicólogo.

Ued, F. da V., Silva, M. P. C., da Cunha, I. L. R., Ruiz, M. T., Amaral, J. B. do., & Contim, D. (2019). Percepção das mães ao visitar seu filho na unidade neonatal pela primeira vez. *Esc. Anna Nery*, 23(2), e20180249. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0249>

Universidade Federal da Bahia. Pró-Reitoria de Extensão Universitária. (2014). Manual de Extensão Universitária. https://proext.ufba.br/sites/proext.ufba.br/files/manual_proext_versao_web_0.pdf

Zolty, L. (2010). O psicanalista à escuta do silêncio. In: Návio, J-D. O silêncio na psicanálise (p. 191-196). Zahar.