

O ATO DE NOMEAR O BEBÊ INTERNADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA APOSTA NO ADVENTO DO SUJEITO?

VANESSA BARROS ESPÍNDOLA ; ISALENA SANTOS CARVALHO 

Vanessa Barros Espíndola¹

¹Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Especialista em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: Neonatologia pelo Hospital Universitário, São Luís/MA, Brasil.

Isalena Santos Carvalho²

²Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Docente Associado II do Departamento de Psicologia, Graduação e do Programa de Pós-graduação em Psicologia, São Luís/MA, Brasil.

RESUMO: O artigo trata das possíveis consequências da passagem de bebês por uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), tomando o conceito de nome próprio como ponto norteador. Consiste em escrita de relato de experiência profissional orientado a partir da Psicanálise, com recortes de trabalho realizado em UTIN com os bebês e suas famílias. A prática suscitou a consideração de que a aposta, advinda do desejo dos que cercam o bebê de que nele há um sujeito, é a via de possibilitar-lhe uma vida, o que comparece na convocação que lhe é feita a partir do nome que lhe é atribuído.

Palavras-chave: nome próprio; significante; desejo; UTIN.

Abstract: The act of naming the baby admitted to a Neonatal Intensive Care Unit: a bet on the subject's advent? The article deals with the possible consequences of babies passages through a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), taking the concept of proper name as the guiding point. It consists of written reports of professional experience based on Psychoanalysis's reference, with clippings of work done in NICU with infants and their families. The practice has given rise to the consideration that the bet, coming from the desire of those who surround the baby that there is a subject in him, is the way to give him a life, which appears in the summons that is made from the name that he is assigned.

Keywords: proper name; signifier; desire; NICU.

DOI - <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142020002010>

Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde estiver identificado, está licenciado sob uma licença Creative Commons (cc by 4.0)

A passagem do bebê e de seus familiares por uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) denota um bebê que inspira cuidados profissionais, procedimentos invasivos e uma quebra no contato inicial com seus familiares (BRASIL, Ministério da Saúde, 2017). Nessa separação, marcas ficam para os pais e demais membros da família, bem como para a criança que ocupa a incubadora ou o berço aquecido.

É nesse espaço que o bebê e seus familiares convivem por um determinado tempo, durante o qual os primeiros laços afetivos são formados. O casal parental traz consigo marcas simbólicas que influem na vinda do bebê ao mundo, na construção de seu lugar de sujeito na família. E, quanto à chegada do bebê, uma especificidade é dada de saída: sua internação em uma unidade de complexos cuidados assistenciais.

Parte-se da premissa de que a inscrição subjetiva de uma criança é dada pela via desejante. É o desejo dos pais que permite ao bebê aceder a essa dimensão, de constituir seu desejo a partir do desejo desses outros, de estar no mundo.

É no endereçamento de uma fala a alguém que a via desejante se articula e possibilita a constituição subjetiva do *infans*. Desse modo, a fala dos pais dirigida ao bebê está sobredeterminada pelo inconsciente, com significantes entrecortando o discurso do casal parental dando lugar à formação de um ser falante. A construção de sua subjetividade resulta de um investimento pulsional dado na relação com o Outro (LACAN, 1964/2008). Portanto, situar como a fala pode marcar a vida de um recém-nascido, influenciando em sua condição clínica em uma UTIN, é fundamental para tomar esse bebê como algo além de uma massa amorfa marcada por alguma patologia e dos pais como meros espectadores.

Partindo daí, surgiu o interesse de discutir como a passagem pela UTIN comparece na constituição subjetiva, tendo como norte o ato de nomeação do recém-nascido. Tal interesse possibilitou a escrita de uma dissertação de mestrado pela primeira autora, orientada pela segunda autora, que culminou na produção do presente artigo. O discurso dos pais e as manifestações (expressões corporais e sonoras) dos recém-nascidos foram ferramentas para pensar as questões que permeiam o ato de nomear um bebê, de dirigir uma fala a ele, de tomá-lo como um filho, inscrevendo-o num mundo de linguagem.

O ponto de ancoragem do trabalho é o método psicanalítico que assevera a junção da prática com a teoria. A prática adveio de dois anos de residência multiprofissional no setor hospitalar de Neonatologia da primeira autora deste trabalho. A partir do trabalho com os pais e os bebês que passaram pela UTIN, foi observado que o ato de nomeação nesse contexto denota algumas particularidades. São particularidades que nos levam a afirmar que a passagem pela UTIN tem efeitos no ato de nomeação do lactante; efeitos que mostram o lugar concedido à criança no desejo dos pais, que é o passe para o sujeito advir no mundo, como objeto do desejo do Outro. O nome próprio advém aí como um ponto de amarra de constituição desse sujeito.

Em alguns casos, houve uma interferência no processo de escolha do prenome da criança, ora mudando o nome escolhido durante a gravidez, ora acrescentando prenomes que sinalizam uma possibilidade de sucesso ou fracasso, de vida ou morte (exemplos: Vítor, Vitória, Davi). Diante disso, surgiu a ideia de laborar com o conceito de nome próprio no cenário da UTIN a partir de uma escrita sustentada na Psicanálise, resguardando informações que possam identificar de algum modo os sujeitos e a instituição envolvidos.

CONTEXTUALIZANDO A UTIN E MÉTODO CANGURU

Na realidade brasileira, a principal causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais que envolvem quadros de problemas respiratórios, distúrbios metabólicos e de controle da temperatura corporal, muito comuns em bebês prematuros. Nesse cenário, assistimos o aumento crescente dos avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos internados na UTIN.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal consiste num ambiente de conflitos emocionais, perdas e ganhos, enfrentamento de limites e possibilidades de cura, prognósticos bons ou reservados (chances de sobrevivência próximas de zero) e condutas expectantes. Apresenta como uma constante o confronto com o morrer e o adoecimento, enunciando a fragilidade e vulnerabilidade humana. O que resulta daí são sentimentos de medo, pânico, depressão, revolta, desconfiança, agressividade, dentre outros. A UTIN é um ambiente que escancara incertezas e desamparo diante da fragilidade da vida, do limite que a morte nos impõe (KRODI, 2008).

É um cenário que se apresenta como hostil e pouco amigável, que abarca aparelhos e equipamentos tecnológicos de alta sofisticação, muita luminosidade, barulho de alarmes, trânsito constante de pessoas (profissionais e familiares), além de lactentes em incubadoras, com sondas, cateteres, monitores. Assim, os sujeitos que ali transitam vivem uma série de eventos sensoriais, fisiológicos e comportamentais, cujo pano de fundo é o funcionamento tecnológico, uma ferramenta que possibilita a sobrevivência de bebês tidos como de alto risco (CRUZ *et. al.*, 2010; MATHELIN, 1999).

Enquanto um marco nessa evolução, temos o Método Canguru, que diz de uma normatização do Ministério da

Saúde referida à atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, com intuito de reduzir os indicativos de mortalidade infantil, bem como do abandono dos recém-nascidos, a partir da instrumentalização e treinamento acerca das características do método entre os profissionais de saúde. O método preconiza a importância do contato precoce pele a pele da mãe e do bebê, dando ênfase aos aspectos psicológicos que permeiam a formação do vínculo, tomando-o como agente facilitador do desenvolvimento psicomotor da criança (BRASIL, 2017).

O método, ao apontar a necessidade do cuidado humanizado, assevera a importância do conhecer o psiquismo do bebê. Dialogando com o referencial psicanalítico, podemos questionar se e até onde é possível tomar esse psiquismo pela via do conhecimento. Há a sobre-determinação do inconsciente, abarcando um funcionamento próprio calcado num circuito pulsional articulado e investido de linguagem, associação de significantes que remontam a dimensões inacessíveis a um saber consciente, a um conhecimento.

Lacan (1957/1998) revela que a estrutura da cadeia significante indica o lugar do sujeito na busca da verdade. O saber e a verdade estão disjuntos (LACAN, 1968-1969/2004). A constituição do sujeito imputa algo dessa verdade, sempre semidita e enigmática, uma vez que a metonímia desejante que dá vida ao humano não se encerra num dado ou num sentido absoluto, último. A questão que remete ao desejo diz do Outro, um lugar, um campo dissimétrico desse sujeito, que o aliena no seu desejo e determina as marcas do que ele, o sujeito, sobrevive. O que a experiência analítica nos mostra é que o inconsciente não deixa de fora nenhuma de nossas ações e seus conteúdos não nos fornecem nenhum sentido do sujeito, nenhuma realidade consistente desse sujeito (LACAN, 1957/1998).

Se há um caminho para o trabalho com algo que remonte à subjetividade do bebê, é partir da fala que gira em torno dele e das manifestações que ele, o *infans*, pode expressar. A via é uma aposta de que aquele bebê na incubadora ou berço aquecido pode vir a se tornar um sujeito.

O diferencial do Método Canguru é promover o contato dos familiares com o bebê internado, priorizando e valorizando a presença deles no espaço da UTIN e nos cuidados assistenciais. Dessa forma, busca assegurar o lugar da família junto ao bebê enfermo no hospital, enfatizando o acolhimento como substrato da conduta profissional, que deve considerar como cada família recebe a chegada de um filho marcado precocemente por alguma patologia.

É importante ressaltar que o método não se resume à posição canguru, sendo mais complexo e redesenhando o espaço físico, além das relações no ambiente neonatal, principalmente.

O Método Canguru é composto por três etapas. A primeira diz da internação do recém-nascido de baixo peso na UTIN logo após o parto, visto que ele não tem condições clínicas de estar junto à mãe no alojamento conjunto. A segunda etapa, nomeada como Unidade Canguru ou Unidade Mãe-bebê, refere-se à estadia da mãe junto ao bebê no hospital, asseguradas as condições físicas, orientação e valorização da participação materna nos cuidados com ele. O contato mãe-bebê mais duradouro é estimulado pela equipe. À mãe, cabe decidir se participa dessa etapa ou não.

Em relação à segunda etapa, foi observado que ficar longe de casa, do marido e familiares, bem como o contato direto com o bebê e as responsabilidades no cuidado, podia fomentar um alto grau de estresse para as mães. A possibilidade de cada uma ter de matinar seu bebê saltava como uma questão importante nesse momento. Eram comuns sentimentos de medo, receio, ansiedade, dúvidas, estresse etc. Escutá-las quanto a essa decisão de se internarem ou não com seus bebês era fundamental, bem como elas se darem conta de que sua decisão de acompanhar mais de perto seus filhos não era necessariamente uma garantia de melhora deles. Isto levava a um trabalho com a equipe para respeitar o tempo e a posição materna em relação ao bebê ao considerar as demandas da mãe e dos familiares.

A terceira etapa corresponde à alta hospitalar do bebê e da mãe, que é dada sob a consideração de que ela esteja segura e bem orientada em relação aos cuidados domiciliares com seu bebê. Deve ser assumido, entre a mãe e a unidade de saúde, um compromisso mútuo para a realização de consultas de acompanhamento. Na primeira semana pós-alta, são três consultas; na segunda semana, duas consultas e, na terceira e nas demais semanas até que o bebê atinja o peso 2.500 gramas, uma consulta. Caso haja urgência, deve-se garantir o direito de atendimento na instituição hospitalar.

A terceira etapa concerne também ao acompanhamento ambulatorial da criança pós-alta. Nesse momento, são realizados os exames físicos para a determinação das condições de saúde, levando-se em conta o desenvolvimento da criança que nasceu prematura em relação a crianças que nasceram a termo – ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico. Além disso, questiona-se sobre como o bebê foi recebido em casa, a interação dos familiares com ele e vice-versa.

A Psicanálise como fundamento da prática como residente

A internação de um recém-nascido na UTIN traz possibilidades de retificação subjetiva para os familiares

e marca um diferencial na formação do vínculo com o bebê. Sendo assim, a metodologia Canguru considera os aspectos psicoafetivos dos envolvidos (bebê, casal parental/família, equipe multiprofissional, instituição hospitalar) no processo de gestação, parto e passagem do recém-nascido pela UTIN, cenário marcado por intensas emoções e conflitos.

É nesse contexto que se encontra uma abertura para a escuta dos sujeitos, a partir de suas realidades psíquicas, cujos elementos aparecem na fala. O trabalho com os elementos supracitados é fundamental para assegurar o tratamento do bebê, tal qual a metodologia supracitada preconiza. Esse é o espaço para a atuação do residente de psicologia e dos componentes do Serviço de Psicologia de um modo geral.

A fala desses que circundam o bebê permite tomar a construção da subjetividade infantil como fruto de um desejo que desliza, apontando para uma falta constitutiva do ser falante. É com essa falta, que pode ou não lhe ser transmitida pelo casal parental, que esse novo sujeito vai lidar na sua vida, procurando responder a ela, marcado pelo trauma de entrar no jogo da linguagem sem um significante que diga do desejo, que lhe deu a vida, cuja falta indica que há um lugar no qual ele pode se inscrever. E esse lugar é permeado por uma instância que sobredetermina discursos, cujo funcionamento não fecha um sistema, estruturando-se como linguagem. Tal instância, Freud a denominou como *inconsciente*, extrapolando o caráter de adjetivo que esse termo recebeu antes dele. E Lacan, partindo do inconsciente freudiano, tomou-o como um não nascido, um abortado que insiste em se dizer no ato do significante a cada vez, trazendo uma nova dimensão da relação do ser falante com a palavra (LACAN, 1957/1998).

Partir desse ponto do não nascido como traço, de algo que não está dado até que um ato de significante aconteça, que fomente um endereçamento do falante ao Outro e relacioná-lo a um ambiente que tem como uma especificidade a ambiguidade vida e morte o peso da incógnita que traz cada nova criança fomenta indagações sobre isso que insiste em se dizer, por vias outras, ausências, dificuldades, aflições, tropeços, vacilos, bem como nos sons do aparato tecnológico – sinais de manifestação de alguma subjetividade dos recém-nascidos. Como tomar o indicativo legado pelo inconsciente, no que ele advém como o não realizado (não nascido), no que insiste em se fazer dizer apesar de falhar a cada vez, nisso que mobiliza o casal parental para dirigir sua fala ao recém-nascido, que pode viabilizar ou inviabilizar a tomada daquele bebê como um filho? Como podemos tomar isso que não nasce, mas existe e tem efeitos?

A via que se colocou é a de uma aposta do advento do sujeito no *infans*. O inconsciente se mostra, afirma-nos Lacan (1964/2008), sob o molde de aberturas, fendas que abrem e fecham e, nesse movimento, algo claudica, falha. O que daí pode advir são desmontagens de significantes na cadeia, alguns se destacam no ato de falar (o que comparece quando o bebê abre a boca e emite balbucios, sons, fonemas... palavras) e podem se associar a novas cadeias. Carregam a marca de um achado que, ao se apresentar, fica na iminência de escapar de novo, instaurando e atualizando a dimensão de que algo sempre se perde.

A Psicanálise mostra que os seres falantes são constituídos a partir de uma fenda estrutural. Para que eles possam se inscrever numa estrutura de linguagem, existe um furo que impede a harmonia de uma vida plena, que opera deslizando sob a forma de erros, tropeços, atos falhos, vacilos – o furo é da própria estrutura da linguagem. Daí resulta mal-estar, embaraço diante do que não funciona bem. A angústia se revela com o fato de uma gestação não determinar naturalmente que uma mulher se torne mãe; uma gestação se caracteriza como alto-risco para a mulher e para o bebê que ela carrega em seu ventre; um parto prematuro se situa como uma primeira manifestação subjetiva do bebê que rompe o ventre materno; o ato de nomear um filho sendo marcado pela realidade inesperada de um parto prematuro, na qual esse adveio com a marca de outro tempo, como efeito de algo que não pôde ser controlado, que fugiu de um planejamento, enfim, fruto de uma realidade subjetiva que abrange questões para além da vontade que o bebê seja saudável. O confronto com essa dimensão do imprevisível, de um tempo que saiu do programado, do que irrompe na realidade, tem efeitos diversificados para cada um. Mas algo desse tempo outro mortifica, traz no seu bojo a incidência de um limite.

Mathelin (1999) nos diz que, na busca de dar conta da complexidade desses sujeitos, a tentativa de suturá-los em prescrições e termos técnicos codificados é sempre mal sucedida. As dúvidas aparecem enquanto representantes de algo que está fora do discurso racional e técnico, que escapa a uma resolutividade científica, persistindo como incógnita, a mola que inaugura e agita o discurso. Cada criança nova representa o enigma que se coloca a cada vez para cada um.

A especificidade da realidade hospitalar – dada na rotatividade de pacientes, além dos dispositivos das visitas à beira do leito pela equipe multidisciplinar, visita dos avós, visita dos irmãos, visita da família, reuniões com a equipe de trabalho para a discussão dos casos clínicos, dispositivos de humanização e trabalho com a equipe, dentre outros – aponta uma série de espaços que oportunizam uma prática de escuta dos discursos dos pacientes e familiares.

Trata-se de situar como é possível um labor com a circulação do significante. As pessoas falam, o significante

entrecorta o discurso e salta, o sujeito se diz no entremeio dos significantes; eis o funcionamento do falante. Entretanto, escutar essa circulação, na qual um significante representa a presença evanescente do sujeito para outro significante, esse é ponto capital, é o que faz a prática. Abrir discussão, dar lugar à fala, possibilitando a abertura de questões quanto à abordagem do bebê, da família e da equipe, foram os elementos norteadores para os dispositivos de atuação.

UTIN, maternidade, prematuridade, baixo-peso, unidade mãe-bebê: significantes que compareceram e circularam no trabalho de escuta. A interrogação de um tempo lógico, a partir de sua dimensão retroativa (*a posteriori*), foi muito relevante para questionar do que se trata: os ditos sobre um sujeito o marcam e têm efeitos no percurso de sua vida. A criança, antes de seu nascimento, traz marcas a partir de uma anterioridade lógica esboçada na fala que lhe antecede a vida física, o que nos leva a questionar o sintoma da prematuridade, por exemplo. Cabe tomá-lo como um ato subjetivo, seja do bebê ou da mãe. As falas traziam a sinalização de que algo se rompeu ali, algo com funcionamento próprio que, na especificidade de cada mulher, apontava para uma impossibilidade de levar a gestação a termo.

Cada nascimento suscita angústia e uma ressituação psíquica, momento em que as ambivalências vida e morte, amor e ódio são colocadas em jogo. O nascer de um bebê prematuro aponta uma descontinuidade do processo gestacional. Algo se dá num tempo próprio, seja da mãe, seja do bebê, e frequentemente isso é encarado como uma situação de crise (MATHELIN, 1999). O orgânico do bebê é 'precocizado'; seu corpo biológico não está formado para nascer e isso tem consequências.

O nascimento prematuro pode ser o causador de uma tempestade psíquica que se dá sobre o casal, um corte abrupto no imaginário pelo peso do real que se personifica no bebê da incubadora (DRUON, 1999). O acompanhamento de alguns casos, pela primeira autora, trouxe a experiência desse corte, do limite imposto a qualquer pretensão consciente de enquadrar respostas para a dor e o mal-estar que eram recorrentes na UTIN: morte repentina de bebês com quadro clínico estável, falta de explicações médicas para causas de partos prematuros etc. Em alguns casos, foi um desafio para os pais maternar, tomar aquele bebê da incubadora, bem diferente do bebê imaginado, como seu. A vivência de um nascimento prematuro ou marcado pelo baixo-peso ao nascer envolve se deparar com a dureza de que, por mais que haja um planejamento, uma intensa vontade de que o filho seja saudável, outra via se impõe e só resta lidar com os efeitos dela. Isso que saiu do roteiro pode assumir o peso de um trauma e cabe a cada um ressignificar tal experiência, de acordo com o que lhe é possível. Assim, o olhar e a palavra dirigidos ao recém-nascido enfermo podem sofrer mudanças, trazer redimensionamentos, deslizamentos.

Nesse contexto da neonatologia, estão maciçamente presentes as dimensões do impossível e do insuportável. Essas podem dar lugar à escuta analítica, no que é possível interrogá-las, através de práticas de acolhimento e atendimentos, uma vez que tais dimensões representam enigmas – guardam o inacessível e a impossibilidade de uma resposta plena e soberana, de um significante que diga o que saiu errado e o motivo disso –, e, portanto, são passíveis de serem escutadas. A extensão do trabalho com o referencial da psicanálise acontece na abertura para que o sujeito fale a respeito disso que lhe irrompe, fomentando uma invasão de angústia, o escancaramento do limite dado pela possibilidade de morte. É no espaço concedido à fala, no qual os pais dizem desse nascimento prematuro e da sintomatologia própria deles e de seu bebê, que algo se noticia, não sem angústia, podendo encontrar representação.

E o ato de dar nome a um bebê?

Na prática na UTIN, era perceptível uma insistência por parte da equipe multiprofissional para que os pais nomeassem o mais rápido possível o bebê. Insistência que, em alguns casos, configurou-se em pressão neles. Em tentativa de anteparo a isso, havia um esforço dos psicólogos em amenizar os efeitos de tal insistência, explanando em reuniões os aspectos afetivos que permeiam a escolha e o ato de nomeação. Na própria *Norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso* (2011), existem algumas recomendações que caracterizam a necessidade de referência ao bebê pelo seu nome, asseverando como um componente primordial do cuidado humanizado. Talvez isso justificasse a insistência da equipe. Em alguns casos, o processo de nomear o bebê trazia angústia para os pais e/ou para a equipe, esboçada na demora, dentre outras dificuldades, de escolha.

Aqui, uma articulação faz-se importante: o nome próprio está diretamente ligado ao significante, mas não se confunde com ele; ambos são diferentes. Lacan (1961-1962/2003) afirma que o ponto capital acerca do nome próprio é seu valor de função do significante. Essa função enquanto fundamento da dimensão do simbólico nos permite abordar o corpo; ao fazer furos nele, possibilita algo da ordem de uma simbolização (LACAN, 1972-1973/2008).

Dito de outro modo, o ato de nomeação, o nome dado ao bebê se remete à função significante de deslizar,

saltar e se associar a outros significantes. Trata-se de uma função de amarra, um ponto de aporte da própria constituição do falante. O que se dá aí para que esse que é contado numa prematuridade simbólica possa vir a se contar, a se inscrever no mundo como um sujeito? Esse não está no significante, não pode ser dito, mas funciona como um servo da linguagem e de um discurso que inscreve desde seu nascimento um lugar, sob a forma de seu nome próprio (LACAN, 1957/1998).

Há algo no nome que perpassa uma compilação de significados, sua escolha está sobredeterminada com esses traços do não realizado, não nascido, do que claudica, falha. Ele consiste numa marca constitutiva, particular, fora de qualquer descrição, não se fechando numa gama de significados ou apenas numa função de representar alguém (MELMAN, 2009). Desse modo, o nome comporta uma marca que distingue e singulariza o humano, inaugurando algo de inumano aí também, que remete a uma identificação, uma leitura e uma convocação. De acordo com Carvalho e Chatelard: “É uma marca a partir da qual cada um ao ouvir o nome pelo qual foi nomeado pode se reconhecer como um eu” (CARVALHO; CHATELARD 2016, p. 140). Ou seja, cada um se sente convocado ao ouvir alguém chamando seu nome e pode responder ao ser chamado.

[...] o nome [...] é uma marca já aberta à leitura, – eis por que ela será lida da mesma forma em todas as línguas – impressa sobre alguma coisa que pode ser um sujeito que vai falar, mas que não falará de modo algum obrigatoriamente. Prova disso é que Bertrand Russell se enganou quanto a isso, afirmando que se poderia chamar de John um ponto geométrico no quadro. [...] mas é bem certo que em nenhum momento ele interroga um ponto marcado com giz no quadro-negro esperando que o dito ponto lhe responda. (LACAN, 1963/2005, p. 74).

Enquanto uma marca singular que separa, distingue e consagra, o nome consiste em reconhecer a existência de alguém. Constituindo-se como um alicerce simbólico da criança, funciona como inscrição e transcrição dos desejos parentais, que traz no seu bojo um sinal indelével da história simbólica familiar nessa criança que vem ao mundo alheia a tais desejos, mas que é marcada por eles a partir de uma fala sobre si anterior à sua própria fala (TESONE, 2009).

Diante disso, temos que o ato de nomear o bebê traz como especificidade a dimensão desejante do casal parental. Como sua internação numa UTIN pode afetar essa escolha?

DO RECORTE DE UM CASO ACOMPANHADO

Eram comuns determinados nomes, tanto na UTIN quanto no ambulatório de seguimento: Davi – em um caso acompanhado pela primeira autora¹, a mãe revelou que era ‘vida ao contrário’; Vitor/Victor e Vitória/Victoria como primeiro ou segundo prenomes; nomes que tinham sonoridade e escrita diferenciada, como Heythor. As grafias, as letras que compunham os nomes traziam uma marca muito singular daquela família. Cabe mencionar que os acréscimos, as mudanças se vinculavam a essa experiência da família com a passagem do bebê pela UTIN.

Outro caso acompanhado ilustra como a questão do nome de um bebê pode ser marcada pela sua passagem em uma UTIN. Ellen Vitória foi acompanhada durante boa parte do período de residência da primeira autora, cerca de um ano e dois meses. Diante de muitas questões que surgiram nos atendimentos, é possível dizer que escutar esse bebê foi um divisor de águas na sua prática como residente. Inicialmente, porque Ellen Vitória foi o primeiro bebê que lhe mostrou a possibilidade de uma clínica com bebês.

Ela tinha danos neurológicos e precisou fazer uma traqueostomia – intervenção cirúrgica que consiste na abertura de um orifício na traqueia e na colocação de uma cânula para a passagem de ar – e gastrotomia – procedimento cirúrgico realizado para a obtenção de acesso interior do estômago. Ela sempre demonstrava incômodo com os tubos que a cercavam e penetravam seu corpo.

Certo dia, à beira do seu berço aquecido, a residente acompanhava-a, enquanto uma técnica de enfermagem realizava alguns procedimentos. Após sua saída, ela ficou a sós com o bebê. É importante aduzir que a autora supracitada teve algumas dificuldades em falar com os bebês no início do trabalho, pois acreditava que o trabalho somente seria com os pais, familiares do bebê e a equipe. Devido a isso, demorou a falar diretamente com os bebês, a incluí-los como protagonistas do trabalho. Isso se abriu a partir do próprio trabalho de escuta. O que se iniciou ao se direcionar a Ellen Vitória e falar com ela. Chamou-a pelo nome Vitória, o qual no momento era como a equipe se referia a ela, disse-lhe que deveria ser dolorido aquele tubo enfiado em sua garganta. Ela a

¹ A primeira autora deste artigo foi residente de Psicologia Hospitalar em ambiente neonatal, experiência que gerou questões que foram desenvolvidas em sua dissertação de Mestrado, na qual foi orientada pela segunda autora.

olhou e fez uma expressão de dor, levando a mão ao tubo e o retirando. Imediatamente, o aparelho apitou e ela teve uma crise de apneia.

Mathelin revela que, no contexto neonatal, o analista deve se manter flutuante e maleável, funcionando como interlocutor da criança. Para tanto, situa a importância de transitar pelos espaços da neonatologia, deixando-se capturar na relação com os bebês, a fim de buscar o que opera como sentido de hospitalização para esses e suas famílias: que marcas simbólicas a hospitalização deixa no bebê? “Falar com uma criança e estar à sua escuta passa pela atenção dada a seu corpo e às emoções que ela provoca em nós” (MATHELIN, 1999, p. 93).

Ellen Vitória foi um bebê que provocou muitas reações na equipe de saúde. Quanto ao seu nome (o modo como e por quem era chamada), esse foi um ponto relevante no trabalho com ela. Na sua placa de identificação e na fala inicial da mãe, constava Vitória como nome. Todos da equipe se referiam a ela como Vitória. Com a presença de seu pai e seus irmãos na UTIN, outro nome foi introduzido.

Foi escutado de sua irmã no acompanhamento da visita dos irmãos, que Vitória era nomeada como Ellen fora do hospital, no seio da família. Ela e os outros irmãos só a chamavam de Ellen. A mãe, quando estava com os filhos na visita ao bebê, também a chamava de Ellen. Isso fez com que a mãe fosse questionada num outro momento, no qual ela reforçou que inicialmente o nome do bebê era Ellen, mas, devido às condições em que a neném nasceu e sua internação hospitalar, ela passou a chamá-la de Vitória, como um meio de se manter confiante na recuperação dela. Relatou também que, em casa, como o nome estabelecido já era Ellen, os irmãos e marido mantiveram essa referência e, por isso, só a chamavam assim. Diante da presença e da fala da família junto à equipe, a placa de identificação foi mudada e seu nome ficou conhecido como Ellen Vitória.

O caso supracitado ilustra que o trabalho com os bebês internados no hospital, com seus familiares e com a própria equipe, trouxe um indicativo de que uma aposta de sujeito nesses bebês é fundamental para lhes garantir vida. Com o breve relato desse caso, é oportuno retomar a questão sobre a prática com o significante naquilo que se articula com a noção de nome próprio diante do ambiente neonatal, resgatando como Lacan (1961-1962/2003) assevera esse conceito. Ele nos diz que o nome próprio tem valor de significante, como um ponto de amarra de onde o sujeito se constitui, uma marca de sua constituição psíquica transmitida pelo Outro, enquanto uma inscrição desejante, na qual seu desejo está sempre alienado ao desejo do Outro. Ademais, o nome próprio promove a entrada do sujeito numa rede de significantes transmitida pelo Outro, demarcando a inserção do bebê numa descendência, numa cultura e novela familiar. Isso nos remete à transmissão, apontando a questão da filiação simbólica, um reconhecimento do ser falante no laço social a partir de um pertencimento a uma família, marcada por traços singulares, de onde ele vai procurar responder durante sua vida (MELMAN, 2009). Conforme Mariani,

O corpo biológico de um recém-nato, enquanto real, para subjetivar-se se inscreve no Outro, sendo significantizado por aqueles que dele se ocupam para inscrevê-lo em uma novela familiar, em uma linhagem, em uma discursividade que permitirá o nascimento de um sujeito. O recém-nato, com seus movimentos, seu choro, seus sons que expressam necessidades do biológico, tem exatamente esses movimentos, choro e sons para ele retornados já significados por quem dele se ocupa. Quando falamos em subjetivação na psicanálise, referimo-nos a um efeito de captura do corpo na linguagem. Ou seja, está em jogo um processo de subjetivação, uma operação altamente complexa que humaniza o *infans*, aquele que ainda não fala, inserindo-o no simbólico e, por extensão, na lei e na cultura. (MARIANI, 2014, p. 136).

Ao nomear alguém, há aí um endereçamento a um outro, palavras dirigidas que dão o suporte para que a vida se dê. Dito de outro modo, uma aposta de sujeito no *infans* que luta para sobreviver ou sucumbe. O nome dado, essa marca que faz referência, circula entre os significantes, funcionando como um chamado, uma convocação, traz a possibilidade de instituir um sujeito, para o qual o olhar e a fala do Outro se dirigem. A escolha do nome advém de uma falta, uma incompletude que permite que algo aí se enganche, circule. Uma falta nos pais que abre lugar para a inscrição de um novo falante.

Ellen Vitória foi um recém-nascido que trouxe em seu corpo marcas de inscrições familiares, de como o desejo do Outro opera na transmissão de significantes o caminho para sua constituição subjetiva. A escolha de seu nome, do possível significado que ele carrega, está sublinhada por questões que vão além de um saber ou vontade consciente. A sintomatologia (doenças crônicas, más-formações, prematuridade) imputada a ela passou pela condição desejante na qual seus pais estavam inscritos, dos quais pouco ou nada sabem, pois se refere a uma dimensão inacessível e indizível. Seu nome enquanto marca singular, ponto de amarra de sujeito, sendo modificado, enxertado, carregando traços desse indizível. Vitória tornou-se Ellen Vitória ao ser convocada e contada na e a partir da convivência familiar dentro do espaço da UTIN.

A mudança em seu nome adveio de sua passagem pela UTIN, o enxerto do segundo prenome Vitó-

ria trouxe marcas das relações familiares e provocou outras marcas, fruto de sua condição de doente crônica, nesses familiares. Esses, ao adentrar o espaço da unidade de cuidados intensivos, puderam conhecer e formar um laço com a Ellen Vitória, não mais a Ellen, como era dita antes. Quanto aos efeitos dessa mudança de nome na equipe, a bebê que antes era conhecida como Vitória, ganhou outro prenome que denotava seu lugar para além do hospital, e isso pôde ser acolhido e renovou a aposta apesar de seu ruim prognóstico de investimento nos cuidados com esse bebê.

Foi da prática, a partir de acolhimentos, acompanhamentos e atendimentos psicológicos referidos aos limites institucionais, que partiram as questões sobre as construções possíveis diante da incógnita que cada bebê colocava. O trabalho clínico com bebês pressupõe a escuta de suas mães e pais; escuta que é imprescindível no trabalho. Contudo, o que assim igualmente se colocou foi a constatação de que é preciso também estar com o bebê, incluí-lo no trabalho. A escuta dos bebês, a possibilidade de uma clínica com bebês não se encerra em palavras, mas deve levar em conta uma linguagem de outra ordem, muitas vezes especificamente corporal. E escutar os pais tinha seu fundamento e seu lugar. O paciente no setor de neonatologia é o bebê, mas, como foi dito, a especificidade de sua clínica requer o acompanhamento de sua família; e isso traz desdobramentos.

Entre eles, é preciso que aquele, tido como usuário ou paciente no contexto hospitalar, demande um tratamento e se disponha a falar. O bebê que passa pela UTIN ainda não fala, mas é cercado pelos que falam sobre ele e com ele. E em relação a esses, era preciso ouvir deles se havia um pedido de tratamento, de acompanhamento psicológico. Foi comum a demanda de alguns profissionais e principalmente dos chefes dos setores de neonatologia pela escuta psicológica em casos nos quais os pais incomodavam a equipe por sua ausência, pela não obediência às normas e instruções, bem como situações de sobrevida ínfima dos bebês, além de determinadas enfermidades dos pais entranhadas de estigmas sociais o HIV, por exemplo como se essas queixas fossem as reais demandas para o tratamento psicológico. Nunca eram. Os sintomas e/ou a ausência desses pais apontavam para questões mais densas, que indicavam o modo como cada um podia ou não lidar com a passagem do filho pela UTIN.

Conclusão

O contexto hospitalar, tido como ambiente de adoecimento, ou mais especificamente, a internação de um recém-nascido numa UTIN, pode funcionar como um abalo na fantasia dos sujeitos – na janela que enquadra e conta suas histórias, seus sintomas sinalizando algo de suas realidades psíquicas –, promovendo uma espécie de desabamento interior (DRUON, 1999). Esse abalo pode ou não ser o indicativo para se engajar no acompanhamento que lhe é ofertado pelo serviço humanizado do hospital. Somente cada um para dizer se é possível se engajar nesse acompanhamento, cujo pano de fundo é um ambiente que escancara a morte através dos sintomas apresentados pelo bebê. E esse sofrimento é a margem que dá notícias de uma anterioridade simbólica, na qual significantes advindos do Outro (o inconsciente como discurso do Outro) marcam a constituição subjetiva do lactente, o lugar que lhe é concedido, o qual ele vai responder em sua vida ou com sua morte.

Cabe ressaltar que o desmoronamento interior não é privilégio dos pais, mas é passível de acontecer com os membros da equipe na interação com esses pais, com os bebês e com os demais membros de suas famílias. A interação abarca hiatos, furos e equívocos. A questão desejante de cada sujeito emerge aí, visto que a equipe multiprofissional não está fora disso. Diversos conflitos ocorrem a partir das expectativas dos pais e daquilo que é possível para a equipe ofertar.

Pelo percurso da primeira autora (enquanto outro desdobramento), em alguns casos o trabalho foi possível com as mães/mulheres; muitas delas, ao falarem ou não de seus bebês, falavam delas. Aquilo que foi possível interrogar e marcar adveio a partir de seus discursos e do peso do ato de abrir a boca para falarem delas mesmas.

Quanto ao labor com os bebês, o olhar e a escuta com eles aconteceu assim que foi possível incluir o bebê no trabalho, o que possibilitou perceber um sujeito se constituindo em alguns bebês, a partir do olhar e da voz direcionados a eles. As manifestações de sua singularidade, ainda muito precoce mas já marcante (em alguns casos), se davam em crises de falta de ar, no barulho, por vezes, incessante e ensurdecido dos aparelhos que mediam suas condições vitais, dentre outras formas. Desse modo, sua interação com quem se ocupava deles perpassava a simples condição de atividade ou de hipoatividade, respondente aos estímulos ou não. Há algo que faz com que esses bebês possam responder quando convocados e isso diz da aposta de sujeito que é feita neles por aqueles que lhes dão lugar no seu desejo. Alguns bebês se faziam presentes e vivos de modo nada convencional, tal como Ellen Vitória num ato respondente de tirada de um tubo a partir de uma fala que lhe foi direcionada.

E o recorte desse caso que foi descrito aqui nos permite afirmar que a internação de um recém-nascido

em uma UTIN produz efeitos bem particulares no ato de nomear um bebê. Não há como tomar essa premissa como universal e categorizar num grupo de bebês egressos da UTIN que tiveram nomes alterados, mas foi possível acompanhar e interrogar como essa passagem fomentou efeitos. Ficou explícito que a passagem de Ellen Vitória e seus familiares pela UTIN afetou a escolha de seu nome. O nome, como uma marca identificatória, carrega traços que, ao aparecerem, mostram que algo está oculto, algo de um não nascido que insiste em se dizer, remetendo à dimensão do inacessível.

A práxis clínica com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva fez com que uma série de questões clínicas e teóricas se abrisse, bem como uma gama de interrogações sobre os discursos que circundam e circunscrevem esses bebês. Ouvir e ler como a constituição do sujeito é possível, como o nome próprio traz uma amarração, um lugar no mundo para ele, não tem como deixar de ser um desafio e um exercício. Acreditamos que o trabalho de escuta psicanalítica no hospital cria uma demanda antes velada, dá lugar de fala aos sujeitos e concede o espaço para quem se dispõe ao trabalho. O que daí advém? Significantes se organizando e reorganizando em cadeias, que, ao se repetirem no ato de falar, podem fomentar novos rumos e começos. Aqui, é válido dizer que, de onde o sujeito fala, este o faz como objeto do desejo do Outro, o que permite que ele se inscreva numa dimensão desejante. Desse modo, no concernente a uma prática enquanto elemento norteador, algo se dá a cada vez e em cada caso.

Recebido: 18 de fevereiro de 2019. **Aprovado:** 28 de abril de 2020.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Manual Técnico*. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
- CARVALHO, I. S.; CHATELARD, D. S. O nome: um direito ou um dever. *Stylus Revista de Psicanálise*, n. 32, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2016000100013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 09 set. 2016.
- CRUZ, A. R. M.; OLIVEIRA, M. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; LÚCIO, I. M. L. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 1. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a16.pdf. Acesso em: 10 jan. 2017.
- DRUON, C. Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: WANDERLEY, D. B. (org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999.
- KRODI, P. Cuidados paliativos em neonatologia: à escuta do indizível. In: KUPFER, M. C.; TEPERMAN, D. (orgs.). *O que os bebês provocam nos psicanalistas*. Perdizes: Escuta, 2008.
- LACAN, J. *A identificação*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003. (Seminário 1961-1962)
- LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud (1957). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LACAN, J. *De um Outro ao outro*. Recife: Centro de Estudos Freudianos, 2004. (Seminário 1968-1969)
- LACAN, J. *Nomes-do-Pai* (1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- LACAN, J. *Os quatro conceitos fundamentais em psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. (O Seminário, 11)
- LACAN, J. *Mais ainda* (1972-1973). Rio de Janeiro: Zahar, 2008. *O seminário, livro 20*
- MARIANI, B. Nome próprio e constituição do sujeito. *Letras*, v. 24, n. 48, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/letras/article/download/14428/pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- MATHELIN, C. O trabalho com a equipe. In: MATHELIN, C. *O sorriso de Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- MELMAN, C. A fidelidade do nome próprio: sexualidade e morte. In: MELMAN, C. *Para introduzir a psicanálise nos dias de hoje*. Porto Alegre: CMC Editora, 2009.
- TESONE, J. E. Inscrições transgeracionais no nome próprio. *Jornal de Psicanálise*, v. 42, n. 76, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-58352009000100010&script=sci_abstract. Acesso em: 02 out. 2016.

Vanessa Barros Espíndola

vanessabespindola@hotmail.com

Isalena Santos Carvalho

isalenasc@yahoo.com.br