

Desafios da perinatalidade para a equipe: a utilidade da presença de um profissional psi com formação no método Bick de observação de bebês*

NARA AMÁLIA CARON**
RITA SOBREIRA LOPES***
TAGMA SCHNEIDER DONELLI****
DENISE STEIBEL*****

RESUMO – O período perinatal, ao qual temos nos dedicado, tem especificidades importantes a serem consideradas. É constituído de processos complexos e de momentos determinantes – confirmação da gravidez, gestação, parto e nascimento, e puerpério - que se desenrolam em um tempo curto. Esses momentos são acompanhados de profundas transformações em todos os envolvidos. Neste artigo pretendemos discutir os desafios dessas mudanças provocadas pela chegada de um bebê, especialmente para a equipe de profissionais da perinatalidade que trabalham na linha de frente – ultrassonografistas, obstetras, enfermeiros, neonatólogos -, e que participam não apenas do nascimento do bebê, mas simultaneamente do nascimento de uma mãe, de um pai, um irmão, avós, bisavós. Os benefícios da presença de um profissional psi, com formação no método Bick, são também discutidos a partir de aplicações do método realizadas no *setting* ultrassonográfico, no centro obstétrico e na UTI neonatal.

* Uma versão modificada deste artigo foi apresentada numa palestra proferida no Congresso “Children’s rights and early intervention”, promovido pela International Society on Early Intervention, Estocolmo, Suécia, junho de 2016.

** Psiquiatra, analista de crianças, adolescentes e adultos. Membro efetivo e analista didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA). Supervisora e pesquisadora do método Bick de observação de bebês e suas aplicações na perinatalidade.

*** Professora Titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em psicologia pela Universidade de Londres. Pesquisadora do método de observação Bick de bebês e suas aplicações na perinatalidade. Pesquisadora do CNPq.

**** Professora do Instituto de Psicologia da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS). Doutora em psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora de aplicações do método Bick de observação de bebês ao Centro Obstétrico.

***** Doutora em psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora de aplicações do método Bick de observação de bebês à UTI neonatal. Bolsista de pós-doutorado do CNPq. Candidata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA).

PALAVRAS-CHAVE – Perinatalidade. Método Bick. Equipe perinatal. Ultrassonografia obstétrica. Centro obstétrico. UTI neonatal. Psicanálise extramuros.

Challenges of perinatality for the team: the usefulness of the presence of a psychology professional trained in the Bick method

ABSTRACT – The perinatal period, to which we have devoted ourselves, has important specificities to consider. It is composed of complex processes in a short period, and defining moments - confirmation of pregnancy, gestation, childbirth and delivery, and puerperium. These moments are accompanied by profound transformations in all involved. In this paper we intend to discuss the challenges represented by these changes that a baby's arrival provokes, especially for the team of perinatal professionals who work at the front line - sonographers, obstetricians, nurses, neonatologists - and who are involved not only in the baby's birth but simultaneously in the birth of a mother, father, sibling, grandparent, greatgrandparent. The benefits of the presence of a psychology professional previously trained in the method are also discussed, based on applications of the method performed in different settings such as ultrasound, obstetric centre and NICU..

KEYWORDS – Perinatality. Bick method. Team of perinatal professionals. Obstetric ultrasound. Obstetric centre. NICU. Extramural psychoanalysis.

Em nossas observações/intervenções na perinatalidade, realizadas em diferentes *settings* – ultrassonografias obstétricas, centro obstétrico e UTI Neonatal – constatamos que, em função da intensa mobilização interna frente à chegada do bebê, todos os familiares, mãe, pai, irmãos, avós, de diferentes maneiras sofrem um impacto emocional que favorece a regressão, deixando-os mais permeáveis, transparentes, expressando mais facilmente suas sensações, desejos, sentimentos de desamparo, conflitos, ambivalência e idealização. Por exemplo, durante um exame ultrassonográfico:

Um pai que acompanhou todos os exames de sua bebê não conseguia olhar para o monitor. Fixava o olhar na psicóloga, olhava para o chão, teto e suspirava. Enquanto o feto engole líquido e se movimenta graciosamente o pai fala: “É, né doutora, eu tô com fome, tá todo mundo com fome, já é meio-dia, tá na hora, né, a senhora sabe como é, a barriga tá pedindo comida, tem que ser mais rápido aí. Tem que ter tempo para o almoço, a senhora podia dar uma forcinha, a senhora não pode ser mais rápida, dar uma apressadinha no tempo?”

Uma menina de 3 anos passa todo o exame no colo do pai tentando distraí-lo ou colocando-se em frente ao visor, impedindo que ele visse o feto. Ao mesmo tempo, chama a atenção da mãe, de várias maneiras, para que também ela não consiga olhar para o feto. A menina não para um minuto no sentido de atingir seu objetivo. Terminado o exame, acalma-se, pega a mão do pai e da mãe, saindo da sala com passo firme e feliz. Já na porta, olha para trás com um notável sorriso e, abanando para a tela do visor, diz: “Tchau nenê!”

A partir da nossa longa experiência de psicanálise extramuros, trabalhando junto com diferentes equipes - da sala de ultrassonografia obstétrica, da sala de pré-parto e parto, bem como da UTI neonatal -, tivemos a confirmação dos

benefícios da presença de um profissional treinado no método Bick para os pais e familiares. As ferramentas desenvolvidas a partir da experiência de observação com o método Bick, tais como um olhar que ajuda a unir, e também um olhar através do corpo que se coloca como receptor de afetos e vivências não verbais, que pode compreender e digerir o tumulto emocional da família, podem colaborar para aliviar a todos da sobrecarga emocional do momento. Com sua presença viva, disponibilidade interna, constância e previsibilidade, o profissional psi fornece um *setting* interno, que facilita o processo de desenvolvimento, especialmente a integração (Caron & Lopes, 2015a). Esta função favorece a relação pais-bebê, o processo de parentalização e de tornar-se irmão.

Pretendemos aqui ilustrar como o acompanhamento deste profissional também pode ser útil para a equipe, que tem que lidar, ao vivo, com uma diversidade de constelações psíquicas de todos os presentes. E como fazem parte dessa constelação, precisam ter maior plasticidade no contato com cada situação particular, grande tolerância e flexibilidade para lidar com as mesmas. Maiores são as complicações do processo: os presentes no *setting* - família -, informam, agem e reagem, transferindo suas necessidades, conflitos e resistências.

Cabe lembrar que a equipe tem suas próprias reações emocionais. Suas experiências e fantasias sobre maternidade/paternidade influenciam a sua maneira de atender os pais e o bebê nesses momentos marcantes do início da vida. Além disso, a contratransferência é exaltada, pois a equipe lida com os fenômenos psíquicos “ao vivo”, no seu nascedouro, na sua primeira relação, no momento em que estão ocorrendo – o que difere muito de lidar com crianças maiores que brincam ou adultos que relatam fatos de sua vida.

Assim, a equipe pode usar o profissional psi, previamente treinado, para alívio das ansiedades e desintoxicação das mesmas. Ele absorve, como uma “esponja de angústias”, todo o conteúdo desconcertante e, como um dreno emocional, carrega-o para fora, para a supervisão semanal. Também sua atitude receptiva, empática e tolerante pode servir como modelo de identificação para a equipe.

Destacamos a importância de incluirmos, na formação desses profissionais psi que desejam trabalhar na perinatalidade, a experiência de acompanhar o desenvolvimento de um bebê, no seu ambiente natural – a família – desde seu nascimento até os dois anos de idade, utilizando o método de observação de bebês criado por Esther Bick, em 1948, na Tavistock Clinic, em Londres.

O método se divide em três momentos: a observação, o relato da observação e a supervisão em grupo. A vivência da observação, a oportunidade de mergulhar profundamente na experiência, acompanhada do desafio de traduzir em palavras a situação observada e da oportunidade de compartilhar o vivido com um grupo de supervisão, oferece ao observador um excelente treino para aprender a lidar com essa etapa de desorganização emocional que representa a chegada de um bebê, em que predominam poderosas formas de comunicação primitiva, não verbal (Caron, Lopes, Steibel & Donelli, 2012, 2016). O método

favorece o desenvolvimento de uma escuta refinada do mundo e comunicação primitiva do bebê. Também desenvolve uma capacidade receptiva e contida no profissional, essencial durante o período perinatal (Caron & Lopes, 2014, 2015a, 2015b).

A seguir, passaremos a descrever, de forma mais detalhada, os desafios e as especificidades do trabalho da equipe de linha de frente, em cada um dos três *settings* por nós investigados. Utilizaremos, como material ilustrativo, vinhetas extraídas de relatos dos profissionais psi, que são, em sua maioria, os próprios autores do presente artigo. Pensamos, assim, em oferecer às equipes uma oportunidade de aprendizagem “para além da informação”, sobre a natureza humana, baseada na compreensão e melhor aceitação das vivências despertadas pela experiência cotidiana de atendimento a pais e bebês durante o período perinatal.

A utilidade da presença no setting ultrassonográfico de um profissional psi treinado no método Bick

Contatar o mundo do feto e sua mãe possibilita um treinamento para compreensão e abordagem dessa área, que resulta em ferramentas adequadas para acessar esse mundo ainda mais primitivo. Assim, realizamos um trabalho de observação de ultrassonografias de mulheres grávidas com um profissional psi treinado no método Bick, numa mesma clínica, durante quase dez anos. Observamos um grande número de grávidas em diferentes etapas gestacionais e treinamos a escuta dos pais e da equipe. Adquirimos familiaridade com os sinais, signos e gestos que constituem as imagens do feto e que provocam intensas sensações e emoções em todos os presentes (Caron & Maltz, 1994; Caron, 2000; Caron, Kompinsky & Fonseca, 2000; Caron, Lopes & Fonseca, 2008; Caron & Fonseca, 2011).

Acompanhando o rápido desenvolvimento fetal, a gestante vai sofrendo rápidas *transformações* em seu corpo, que se relaxa, se expande, cresce para dar espaço a esse feto que está fora do controle da mãe, mas que é por ela sustentado, nesse ambiente dinâmico, até o parto. Abrigar um outro dentro de si, com vida, ritmo, movimento, sexo e características próprias e independentes, não é tarefa simples. A mulher regride, fragiliza-se, experimenta um afrouxamento em sua estrutura defensiva, uma maior permeabilidade de seu inconsciente e das trocas mente-corpo. Por exemplo, assim relata a observadora o estado de uma grávida durante um exame:

A mãe é uma mulher de aparência simples e jeito espontâneo. Tem quarenta anos e está com quarenta semanas de gestação. Parece um pouco desligada de tudo e “um pouco aérea”. Tem-se a impressão de que está vestida de qualquer jeito, penteada de qualquer jeito e que a única coisa que a conecta ao mundo externo é a sua imensa barriga, impossível de não ser considerada. Parece flutuar, estar imersa em outra matéria que não o ar da Terra em que estamos, a

esperar, aguardando “sua hora”. A avó materna presente ao exame junto com o neto de 10 anos, filho mais velho da grávida, comenta sobre a estranheza da filha que está mais introvertida, quieta, e o menino diz que ultimamente a mãe parece funcionar com meio neurônio.

O exame de ultrassonografia permite rápido acesso e entrada no espaço intrauterino, o que é facilitado pelo próprio *setting*, com características semelhantes ao *setting* analítico. A sala é ligeiramente escura, silenciosa, de tamanho aconchegante. As portas e janelas estão fechadas, uma realidade separada da lá de fora. A gestante está ali, deitada, com mais do que o abdômen à mostra e coberto com um gel viscoso e o bebê está ali, independente, solto, movimentando-se espontaneamente e sem obedecer a nenhuma ordem externa, por mais impositiva que seja, como vemos no caso de um pai e também de um irmãozinho:

Confirmado o sexo feminino do feto, o pai passa a andar pela sala falando alto, forte, agressivo com a mulher. Inconformado, confronta a ultrassonografista: “Vocês têm mesmo certeza do que dizem? Afinal, como é que podem afirmar? Baseados em que?” Mesmo com a imagem dos genitais contornada, seguia agitado, não dando crédito e solicitando mais dados e mais certeza. Acaba saindo, batendo a porta e não mais retornando.

Um menino de 4 anos está na sala junto com o pai e quer atenção, pedindo para a ecografista: “tira os maninhos daí; eu quero ver eles, abre a barriga, abre, tô louco para ver eles” [...] “eu queria que eles saíssem da barriga, eu ia lutar com eles”. Todos rimos. A ecografista diz “temos que deixar os bebês quietos dentro da barriga, pois eles precisam crescer ainda muito antes de nascer; vamos ver eles aí dentro”.

Podemos pensar nos desafios especiais para a equipe deste *setting* primitivo, pequeno, com espaço reduzido, que convida a “olhar para dentro”, à regressão e ao surgimento de ansiedades primitivas. Ao profissional psi sobra menos espaço para se posicionar. É tudo muito “apertadinho”, isto é, todos estão muito próximos, como que dentro de uma mesma moldura. Os desafios são ainda maiores considerando que simultaneamente à evolução tecnológica na ultrassonografia obstétrica, fomos comprovando uma mudança nos participantes do exame: passou a ser frequente a presença do pai, depois de irmãos, avós, e, até mesmo, bisavós. A partir desta constatação, estes familiares passaram a ser incluídos no espaço de observação.

Há um investimento narcisista no bebê, que passa a ser vivenciado como parte indiscriminada de cada um. Frequente e rapidamente os participantes se defendem de desilusões, renúncias, desintegrações, utilizando a imagem do feto e a pessoa do ultrassonografista como um espelho multifacetado que reflete a onipotência, poder e autoridade dos vários participantes. Não é sua majestade o bebê; este, às vezes, desaparece (Caron, Lopes & Fonseca, 2008). É de fundamental importância como as marcas, às vezes as feridas desta etapa inicial da vida e sua elaboração, transparecem neste momento, demonstrando o grau

de maturidade ou imaturidade dos familiares presentes. As vinhetas a seguir ilustram como cada qual transfere seus conflitos e resistências.

Uma menina com menos de 2 anos não consegue parar na sala: vai para baixo das cadeiras, corre, pega um brinquedo de chaves de plástico grandes e joga algumas vezes no chão. A tia que acompanhava o exame pega a menina no colo. Quando a ultrassonografista mostra o feto para a tia, ela atira com toda força as chaves na mão da médica, que lidava com o transdutor e solta um grito de dor. A menina sorriu e se ajeitou no colo da tia bem calma.

Uma bisavó armou uma confusão num exame dizendo que não queria ver aquelas figuras; não entendia nada, saiu brava da sala, batendo a porta.

A mãe está muito interessada na confirmação do sexo do seu bebê. Quando a médica diz que é uma menina, a mãe responde: “E o resto, está bem?”.

Ao oferecer um *setting* continente, uma interpretação compartilhada das imagens, o ultrassonografista pode ser um catalisador do processo de tornar-se pai, mãe, irmão, avós, auxiliando a organizar as instalações com o bebê. Mostrando o feto, sem críticas morais e respostas rápidas, vai explicando e respondendo as questões dos pais, juntando as partes. Sua forma de falar, linguagem clara, verdadeira, empática, identificada com a grávida, certamente facilita o processo de tornar-se mãe, pai, irmão e o nascimento do bebê.

O profissional psi treinado, presente no *setting* ultrassonográfico, também pode ajudar a lidar com o desconhecido e com o inicial, com o sem nome e sem certeza. Como uma mãe tolerante, uma mãe espelho, contem as angústias primitivas estimuladas pela condição primitiva do bebê. Assim descreve uma psicóloga a conduta de um pai durante o exame:

Ele mexe muito a cabeça, os braços, sua expressão facial é cheia de caretas, ele suspira, fala sozinho. Ele sentou meio de lado na cadeira e passou todo o exame com o rosto virado para mim, me olhando... Me senti vigiada todo o tempo com seu olhar e a impressão, às vezes, era a de que ele me olhava tentando ver o que eu estava olhando. É como se olhasse o bebê através de mim, pois em alguns momentos percebi que ele estava me olhando e sorrindo, ou levantando as sobrancelhas igual a mim, me imitando”. Mário demonstra estar apavorado, transgredindo regras, invadindo um lugar sagrado: o misterioso interior do corpo feminino.

As angústias primitivas do próprio profissional, suscitadas por uma vivência tão regressiva, são contidas, por sua vez, pelo grupo de supervisão. Assim, tem-se uma grande barriga dona de no mínimo três camadas “circulares” – o útero materno, o útero observador e o útero grupo -, somando esforços para abrigar e promover o potencial de desenvolvimento do bebê, que é o miolo, o núcleo da grande barriga.

Destacamos aqui que a longa experiência de pesquisas no *setting* ultrassonográfico com a mesma equipe promoveu transformações na prática de todos. Além de um espaço de compartilhamento de experiências no próprio *setting*, criou-se um espaço de discussão fora do *setting*, por meio do qual foi possível

compartilhar vivências, descobertas e desenvolver uma maior compreensão, receptividade e permeabilidade a comunicações inconscientes que emergem com mais facilidade neste período da vida. Todos usufruíram de uma experiência enriquecedora que foi um estímulo para prosseguir nessa área instigante e criativa da perinatalidade, em outros *settings* igualmente desafiadores para a equipe.

A utilidade da presença no centro obstétrico de um profissional psi treinado no método Bick

A aplicação do Método Bick de observação em um Centro Obstétrico não é tarefa fácil. As características do parto, evento que transcorre nesse ambiente, são extremamente mobilizantes. Elas remetem todo ser humano ao seu próprio nascimento, às suas memórias mais arcaicas, de uma época em que as palavras não tinham sentido e não serviam para definir o que foi registrado através de sensações ainda predominantemente somáticas.

A forma como as mulheres são tratadas e como são, ou não, cuidadas, confere ao Centro Obstétrico uma atmosfera única, talvez dificilmente encontrada em outro setor de um hospital. E foi em um Centro Obstétrico de um hospital público que a psicóloga se inseriu para a realização de observações semanais que se estenderam por um período de dezenove meses (Donelli, 2008; Donelli, Caron & Lopes, 2012; Caron, Lopes & Donelli, 2013).

O parto exige, de forma especial, uma disponibilidade interna por parte da equipe técnica, extenuante e muitas vezes difícil de ser alcançada. Assim, a psicóloga foi muitas vezes usada para traduzir esse trabalho difícil e desafiador. Conectar-se com a solidão e dor das parturientes é algo muito exigente e vivido diariamente pela equipe, que também experimenta sentimentos de solidão e abandono, exacerbados pelo isolamento do setor, pelo volume e pela responsabilidade do trabalho que realizam. Assim, entende-se todo o esforço que a equipe faz para defender-se de conteúdos extremamente ansiogênicos, e potencialmente desorganizadores, que acompanham os acontecimentos em um Centro Obstétrico.

De uma forma geral, pode-se perceber que o parto, apesar de ser um evento natural e que faz parte da vida de todo ser humano, se não pela via de parir, pela via de nascer, tem sido tratado como um evento que necessita ser dominado e controlado. É como se apenas o trabalho de parto e o parto repleto de intervenções garantisse à equipe sua importância e sua utilidade, justificando a presença dela ali junto às mulheres.

A inserção da psicóloga em um Centro Obstétrico permitiu entender que a aplicação do Método Bick como estratégia de intervenção nesse contexto é viável e até desejável. A psicóloga era alguém que conseguia se comunicar efetivamente com as pacientes, vê-las de outra forma, levando em conta seu mundo interno. Realizava sua tarefa de forma tranquila, constante e coerente, respeitan-

do os limites da intervenção. Conseguia conter a carga bruta e por vezes hostil de projeções oriundas tanto das mulheres quanto da equipe, sem, no entanto, perder-se ou fragmentar-se. Ofereceu a todos um modelo de identificação, uma presença viva, não-intrusiva, sem deixar de ser ativa, como evidencia a vinheta abaixo:

E, de repente, ficamos apenas eu e Sandra, a paciente, na sala, que ficou imensa. Continuei parada onde estava, e Sandra pedindo por ajuda. O que eu podia fazer? A certa altura, ela olhou para trás e viu que eu ainda continuava ali. Se voltou novamente para a parede, e começou a balbuciar para que não a deixassem sozinha. Tive vontade de dizer que ela não estava sozinha, mas também tinha certeza de que não adiantaria. Ela estava sozinha, e tudo que ela estava passando era muito solitário. Eu estava ali, e decidi que continuaria ali até o parto. Era o que eu podia fazer.

Por meio de comunicação não verbal, a psicóloga tentava mostrar à equipe do setor outras formas de estar e de interagir com as mulheres. Por vezes, foram observadas formas naturalmente menos violentas, menos intrusivas e mais eficazes de a equipe lidar com a demanda de ordem psicológica das parturientes, de empatizar com elas:

A enfermeira passou por ali e começou a conversar com a paciente. Disse que a dor que ela estava sentindo era mesmo horrível, e que ela iria aumentar e também se tornar mais seguida, mas que isso era bom, pois era sinal de que o bebê estava chegando e que logo em seguida ao nascimento, a dor passaria por completo, e ela nem se lembraria do que estava sentindo momentos antes. Comentou comigo que ficava com muita pena de vê-las com aquela dor. A paciente perguntou se ainda iria demorar, e a enfermeira disse que não tinha como saber. Às vezes elas se sentem sozinhas, o que não era o caso naquele dia, pois eu estava ali, mas que esse era um processo que elas precisavam enfrentar sozinhas, pois não tinha o que fazer para tirar a dor ou ajudar de outra forma. A única forma de a dor passar é com o nascimento do bebê.

Uma reação comum das gestantes na sala de pré-parto foi descrito nos relatos da psicóloga como alienação: uma espécie de estado alterado de consciência que fazia com que as mulheres ficassem alheias ao mundo ao seu redor, interagissem pouco com o ambiente à sua volta, verbalizassem pouco e até dormissem durante a evolução do trabalho de parto e no parto propriamente dito, alternando momentos em que submergiam e outros em que emergiam à superfície, conforme relato da psicóloga:

Na sala de pré-parto, havia quatro mulheres ali, todas bastante quietas, como se estivessem dormindo. Elas estavam muito recolhidas, todas de olhos fechados, e não quis incomodar... (A paciente) permaneceu quase todo o tempo deitada e virada para a parede. Consegui ver seu rosto apenas em um momento que ela se sentou na cama e se ajeitou para virar de lado. Ela tinha feições bonitas, mas seu rosto era uma incógnita: ela tinha cara de mulher, mas ao mesmo tempo de menina. Ela me viu ali parada, e sorriu, para novamente deitar

e desaparecer – às vezes me lembro do mar, e de como essas mulheres parecem mergulhar num mar sem fim, vindo à superfície em poucos momentos, talvez para mostrar que ainda estão ali, mas não se sabe muito bem por onde andam.

A psicóloga testemunhou momentos em que não havia nenhuma paciente internada no setor e a equipe demonstrou desconfiança, explicando que quando isso acontece, elas preveem muito trabalho nos dias seguintes. O parto é um evento, na maioria das vezes, imprevisível. Assim, percebe-se que a equipe compartilha, de forma inconsciente, de inúmeros sentimentos que as mulheres ali internadas também experimentam, o que, de uma certa forma, poderia ser usado pela equipe a favor das mulheres e deles próprios, facilitando a empatia e a comunicação, e permitindo que as necessidades das parturientes fossem atendidas de uma forma mais eficiente. Ser testemunha dessas vivências da equipe, dando permissão para que elas possam se expressar, é um trabalho muito bem vindo nesse *setting* e momento da vida, como ilustrado a seguir:

Enquanto eu ainda me encontrava próxima da paciente, o médico passou por ali e comentou que eu deveria vir sempre ver como era o trabalho ali no Centro Obstétrico para ver o que eles passavam.

Fui até lá e, ao entrar no vestiário, encontrei a senhora da limpeza, que logo foi dizendo 'ai que bom, hoje tu vai estar com a gente!'.

Havia uma alternância entre intrusão e abandono na equipe. Em mais de uma situação, se não fosse a presença da psicóloga, as mulheres teriam ficado completamente sozinhas após o parto. Nesses momentos em que se encontraram somente com a psicóloga, a maioria delas sentia necessidade de falar, como evidencia o relato abaixo:

O médico logo terminou o parto, e em questão de minutos não havia mais ninguém na sala, somente Paula e eu. Ela sorriu para mim, e disse que tinha feito seu Chá de Fraldas um dia antes, no domingo. Comentou que teve sorte, pois o bebê ainda esperou o chá. Disse que foi dormir com um pouco de dor nas costas, achou que tinha sido do chá [...] Patrícia alternava momentos de silêncio com momentos de fala, e entre uma fala e outra havia uma sequência lógica que era difícil de acompanhar.

É impactante vivenciar o abandono súbito da equipe, mas ao mesmo tempo, é compreensível, se pensarmos que é uma etapa que termina. As transformações que vinham ocorrendo chegam ao seu ápice. A mãe de repente fica sem barriga, a placenta vai para o lixo. A psicóloga relata:

Comecei a pensar em tudo que fica perdido ali naquele setor. Sei lá, talvez aquele romantismo do nascimento não tenha lugar ali, assim como parece que todo mundo deixa um pouco de si ali dentro. Essas mulheres deixariam mesmo: ali dentro ficaria concretamente um pedaço de cada uma delas, na forma de sangue, placenta, fezes. E cada uma viveria ali momentos tão intensos, tão dramáticos, tão emocionantes... Enfim, tudo acabará diferente de como começou.

Foi muito gratificante a possibilidade de deixar-se usar pelas parturientes, desenvolver uma capacidade empática, de identificação e cumplicidade com as

mulheres, podendo ir além da contenção física e oferecer uma espécie de contenção emocional similar àquela exigida da função materna. Permanecer junto, escutar, acolher e vivenciar as experiências inconscientes das parturientes, não criticar, são aspectos da postura do profissional que exercem uma função terapêutica, muito bem-vinda neste momento desafiador na vida da mulher. Tanto as mulheres quanto a psicóloga usufruíram dessa experiência que, vivida semana após semana, pôde adquirir algum sentido. Assim, fica claro o quanto se pode sair enriquecido e modificado dessa experiência.

A utilidade da presença na UTI neonatal de um profissional psi treinado no método Bick

O nascimento de um bebê às vezes ocorre de forma prematura. Nessa condição, mães e bebês ficam subitamente desalojados, e passam a habitar o ambiente impessoal de uma UTI neonatal. Foi com o intuito de poder compreender esse ambiente e a melhor forma de ajudar mães e bebês nessa situação que formamos um grupo de quatro terapeutas com treino prévio no método Bick e uma supervisora clínica, analista de crianças experiente, autora deste trabalho, para realizar um trabalho nesse *setting* (Moreira, Gerhardt, Steibel, Silveira, Caron & Lopes, 2011).

A UTI neonatal é um ambiente altamente intrusivo. São inúmeros barulhos, cheiros e rotinas de tratamento intensivo que denunciam o risco iminente de morte de um recém-nascido que nasceu antes do tempo. O desafio para os pais e para a equipe de manter-se integrados emocionalmente neste ambiente é intenso e constante, assim traduzido por uma psicóloga, no seu relato de observação (Steibel, 2011):

Sinto-me hipnotizada pelo bebê, parece que minha audição fica limitada a outros estímulos, meu corpo passa a sentir calor e sinto meu coração pulsar. Quando percebo estas sensações, imediatamente sinto um medo, que inevitavelmente ligo à sensação presente do limite entre a vida e a morte, e digo a mim mesma: “que forte!”. Sou despertada por minha colega que me mostra algumas informações no prontuário.

Todos são contaminados pela própria condição do bebê. É a condição mais primitiva no ser humano a que temos acesso, fora do útero materno. Seria ele um feto fora do útero materno? Talvez devêssemos chama-lo de “protobebê”. “Proto” significa anterior, primeiro, ancestral, fase de transição da pré-história para a história, algo entre a vida fetal intrauterina e extrauterina. Faltam-lhe as condições mínimas necessárias para começar a existir no mundo externo, especialmente os de extremo baixo peso: não respiram sozinhos, “são respirados” por uma máquina. Não podem ser pegos no colo. Sua pele é friável.

Podemos pensar que a mãe, profundamente identificada com o bebê, com a sua fragilidade e risco de morte, também fica “friável”, impedida de exercer a

função-pele-continente da mãe nos primórdios da existência, a única que pode garantir alguma pele/consistência a essa estrutura/pele friável original.

Como é para uma mãe olhar para o seu bebê numa incubadora, sem poder aconchegá-lo em seus braços, sem poder nutri-lo de seu alimento físico e emocional? E para a equipe que atende esses bebês nessas circunstâncias?

A rotina da unidade inclui procedimentos necessários que levam a equipe por vezes a não poder exercer essa função de unir/juntar e a se automatizar tanto quanto as máquinas da UTI neonatal. Abrem mão de sua sensibilidade emocional que poderia justamente ajudá-los a empatizar com alguns pais e bebês. Assim, a UTI, como o centro obstétrico, passa a ser um ambiente mais de fazer e menos de sentir. Parece que o fazer funciona como um apaziguador momentâneo, algo que preenche um vazio que se cria frente ao desconhecido destino destes bebês e da impotência de que há pouco a se fazer, há uma necessidade de que algo seja feito.

Neste contexto, questiona-se quem é o paciente. Seria a mãe? O bebê? Membros da equipe? Em função da natureza primitiva de um bebê prematuro, talvez seja mais correto pensarmos nesse conjunto de pessoas que fazem parte do ambiente inicial deste bebê e que também merecem ser cuidadas. As diferentes peças fundamentais para a manutenção da vida do bebê neste ambiente – mãe, máquinas, equipe e o bebê – por vezes são encontradas desmembradas e dissociadas, como ilustrado no relato a seguir:

Chego à UTI, vou direto à incubadora de Laura e não a encontro. Sinto-me desesperada, pois olho e vejo outro bebê em seu lugar. Muitas coisas passam pela minha cabeça, boas e ruins. Será que Laura teve alta? Será que foi para a Unidade Canguru? Ou será que pode ter acontecido alguma coisa com ela, já que estava tendo quedas de saturação? Pergunto para uma enfermeira e esta diz não saber de quem estou falando, pergunto para outra e esta diz que Laura havia ido para outra sala. Como não saber do paradeiro de um bebê que estava há mais de um mês internado? Em um outro dia, volto à UTI no horário marcado com a mãe e novamente vou até a sala onde Laura se encontrava da última vez e de novo não a encontro. Pergunto para a enfermeira, e ela diz que Laura havia descido para o Canguru. Vejo-me muito contente e imagino a cena do encontro no Canguru. Chego até lá e, para minha surpresa, a enfermeira da unidade não sabia de nenhum bebê ou mãe com esses nomes. Tento contato com a mãe por telefone, mas não tenho sucesso. Volto para a UTI, ainda tentando descobrir o paradeiro de Laura e fico sabendo que ela foi para o isolamento, devido a uma infecção e, finalmente, localizo o bebê na incubadora.

As terapeutas puderam sentir na pele um ambiente caótico, onde muitas vezes as comunicações são falhas e as atuações e projeções são intensas e maciças. Uma das formas como o grupo pôde nomear esta sensação foi relacionar este ambiente da UTI com um campo de guerra, onde a vulnerabilidade e a desumanidade são tamanhas que muitas vezes temos que nos desligar da realidade. É neste ambiente caótico que a equipe, as mães e os bebês têm que

sobreviver e tentar fazer o melhor que podem. Podemos pensar em quanto os bebês sentem essa falta de ritmo e continuidade em meio a esse caos.

As terapeutas assumiram uma “*posição itinerante*”, de certa forma também presente no centro obstétrico, fundamental para que pudessem estar onde precisassem que elas estivessem. Em alguns momentos, elas se faziam mais necessárias junto à mãe e bebê, ajudando a conter as angústias e proporcionando um ambiente facilitador; em poucos momentos, o atendimento era individual à mãe. Na ausência da mãe, as terapeutas dedicavam o tempo da sessão ao bebê ou à equipe que usava a terapeuta para descarregar sua angústia sobre os desafios do manejo tanto com o bebê quanto com a própria mãe. Poder escutar a equipe ajudava a mãe e a equipe a se relacionarem melhor, pois a carga agressiva era depositada na terapeuta, e não na mãe ou no bebê, como no relato abaixo (Steibel, 2015):

A mãe não está presente. A equipe me recepciona muito bem e diz que Josiane é uma mãe que precisa muito conversar e que incomoda muito a equipe. Me aproximo de Luana [a bebê] que estava agitada, parecendo querer mexer a cabeça, angustiada, incomodada com algo. Luana não estava mais sob ventilação mecânica, sua saturação estava instável e parecia estar com dificuldade de respirar. A enfermeira se aproxima e começa a falar mal de Josiane, que ela era uma mãe má, descontrolada, soro positivo, irresponsável, que já tinha 6 filhos, não se cuidou e teve outro, mesmo com sua condição de saúde. Comenta que Josiane reclama que a equipe é quem não faz um bom trabalho. A enfermeira usa termos pesados para descrever a mãe, que “foi ela quem não fez um bom trabalho com Luana”, o que contrasta com o que Josiane havia descrito sobre o que as enfermeiras faziam de maldades com os bebês (na sessão anterior). Ambas pareciam ter um ponto de vista muito claro e acreditavam ter a verdade. A enfermeira diz que tem que “engolir” as agressões de Josiane, mas confessa que é difícil e que se irrita.

A manutenção de um *setting* interno (Caron & Lopes, 2015a) claro e delimitado dentro da UTI foi um desafio constante no trabalho terapêutico desenvolvido. O fato de a UTI neonatal ser um ambiente predominantemente compartilhado com outras mães, bebês e equipe, fazia naturalmente com que as interferências durante os atendimentos fossem múltiplas. Em raras exceções as mães desejavam conversar isoladamente em uma sala de atendimento; mais usavam as terapeutas em suas atividades diárias, enfrentando os obstáculos rotineiros, comunicando que precisavam de alguém junto delas nas tarefas aparentemente simples, mas extremamente árduas do ponto de vista emocional.

Considerações finais

Os profissionais nos diferentes *settings* por nós acompanhados durante o período perinatal são diversos, em diferentes equipes, conforme a etapa vivida,

mas estão todos presentes no momento em que os fatos estão ocorrendo, sendo testemunhas vivas desses acontecimentos. Reaproximar-se das sensações inomináveis e conscientemente desconhecidas desse período exige uma disponibilidade interna ímpar, constantemente exigida da equipe médica que, frequentemente, lida com esse processo complexo e desafiador de forma solitária, e muitas vezes sem formação ou ferramentas adequadas.

Ao longo de vários anos de pesquisa no período perinatal, e sem buscarmos intencionalmente, descobrimos os benefícios da presença de um profissional psi previamente treinado no método Bick, não apenas para os pais e familiares, mas também para a equipe médica.

Acreditamos que ao desenvolver, por intermédio do método Bick, a capacidade de contenção e de receptividade, o profissional psi treinado pode desempenhar uma função continente e servir como um modelo de identificação para a equipe, oferecendo ricas oportunidades para esta perceber como, com a sua presença continente e atenciosa ou com delicadas intervenções, pode auxiliar na liberação das capacidades dos pais e demais familiares, proporcionando, assim, a oportunidade de um melhor desempenho de suas funções.

Referências

- Caron, N.A. & Maltz, R.S. (1994). Intervenções em grávidas com anomalias congênitas. *Publicação: Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 16(3), 202-207.
- Caron, N.A. (2000). O ambiente intrauterino e a relação materno fetal. In N.A. Caron (Org.), *A relação pais bebê: da observação à clínica*. (pp.11-134). Casa do Psicólogo. São Paulo.
- Caron, N.A., Fonseca, M.M. & Kompinsky, E. (2000). Aplicação da observação na ultrassonografia obstétrica. In N.A. Caron (Org.), *A relação pais bebê: da observação à clínica* (pp.178-206). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Caron, N.A., Fonseca, M. & Lopes, R.C.S. (2008). The baby and his majesties: some considerations on human helplessness. *Publicação: The International Journal of Infant Observation and its Applications*. 11 (1), 67-75.
- Caron, N.A. & Fonseca, M. (2011). A presença de irmãos no exame de ultrassonografia pré-natal. *Publicação: Revista de Psicanálise da SPPA*. XVIII (2), 417-442.
- Caron, N.A., Lopes, R.C.S., Steibel, D. & Donelli, T.S. (2012). Writing as a challenge in the observer's journey through the Bick method of infant observation. *Publicação: The International Journal of Infant Observation and its Applications*, 15(3), 221-230.
- Caron, N.A., Lopes, R.C.S. & Donelli, T.S. (2013). A place where verbalization has no meaning. *Publicação: The International Journal of Infant Observation and its Applications*, 16 (2), 170-182.
- Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2014). *Aprendendo com as mães e os bebês sobre a natureza humana e a técnica analítica*. Porto Alegre: Dublinense.
- Caron, N.A. & Lopes, R.C.S, (2015a). When the internal setting becomes more important than the therapist/analyst's interpretative capacity: extending the infant observation method to the prenatal and perinatal period. *Publicação: The International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 18(1), 83-95.

- Caron, N.A. & Lopes, R.C.S. (2015b). Learning about human nature and analytic technique from mothers and babies. *Publicação: The International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 18(3), 189-204.
- Caron, N.A., Lopes, R.C.S., Steibel, D. & Donelli, T.S. (2016). A escrita como desafio no percurso do observador pelo método Bick de observação de bebês. *Publicação: Revista de Psicanálise da SPPA*, 23 (1), 29-42.
- Donelli, T.S. (2008). *Descortinando a vivência emocional de mulheres em um centro obstétrico: uma investigação sobre o parto através do método Bick*. Porto Alegre: RS. Tese de doutorado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Donelli, T.S., Caron, N.A. & Lopes, R.C.S. (2012). A experiência materna do parto: confronto de desamparos. *Publicação: Revista de Psicanálise da SPPA*, 19(2), 395-414.
- Moreira, C.I., Gerhardt, C., Steibel, D. Silveira, F., Caron, N.A. & Lopes, R.C.S. (2011). A impossível tarefa de segurar o sol com a mão. *Publicação: Revista de Psicanálise da SPPA. Vol. XVIII (2)*, 237-254.
- Steibel, D. (2011). *As vivências primitivas de um bebê nascido extremamente prematuro no ambiente da UTI neonatal: uma aplicação do Método Bick de observação*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Steibel, D., Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2014). An observer's intense and challenging journey observing the short life of an extremely premature baby in neonatal intensive care. *Publicação: The International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 17, 233–247. doi:10.1080/13698036.2014.975544.
- Steibel, D. (2015). *Da observação de bebês à intervenção pais-bebê na UTI neonatal: por uma intervenção menos intervencionista*. Tese de doutorado não publicada. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.