

Um olhar psicanalítico em uma enfermaria de alto risco obstétrico

Ivanosca Inês Martini*, Porto Alegre

Este artigo versa sobre a vivência de inserção da autora, como psicanalista, em uma equipe multidisciplinar de alto risco obstétrico, em um hospital geral do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre, referência no sul do país. Discorre sobre a construção de um setting apropriado a esta tarefa. Do mesmo modo que o feto é percebido, pela mãe, no início da gravidez, como um estrangeiro, a autora vivencia seu ingresso na equipe como um corpo estranho. Enquanto a autora se disponibiliza internamente para receber e conter as intensas angústias que rondam a equipe, que trabalha sempre pressionada pelo risco iminente de perder a mãe e ou o feto, vai tecendo histórias que revelam, na ausência de palavras, o que só pode ser expresso pelo corpo através de sinais e sintomas. Conclui com o relato de um encontro terapêutico com uma grávida na 30ª semana de gestação, com crescimento intrauterino restrito (CIUR), sem uma causa detectada, pelos exames realizados, de origem materna ou fetal. Em sua forma de abordagem do caso, expõe de que modo foi se constituindo como uma psicanalista em uma unidade de alto risco, a partir de sua formação psicanalítica, dos instrumentos que desenvolve, a partir da observação da relação mãe-bebê (ORMB) pelo método preconizado por Esther Bick, que lhe dão acesso a todo o universo primitivo, aliada a um amplo diálogo e estudo adquiridos por meio de conhecimentos advindos de áreas afins.

Palavras-chave: psicanalista, equipe multidisciplinar, setting, gravidez de alto risco, encontro terapêutico.

* Médica psiquiatra. Psicanalista. Membro associado da SPPA.

“As coisas estão longe de serem todas tão tangíveis e divisíveis quanto se pretenderia fazer crer; a maior parte dos acontecimentos é inexprimível e ocorre num espaço em que nenhuma palavra nunca pisou” Rainer Marie Rilke (1903).

Introdução

O que faz um psicanalista em uma unidade de alto risco? Qual a sua contribuição? Ou o que o diferencia e/ou o aproxima dos olhares dos diferentes técnicos que compõem a equipe? Alguns desses questionamentos me aproximaram de uma equipe multidisciplinar, inserida em um hospital geral do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Alegre, referência no sul do país para gravidez de alto risco obstétrico. Através de um projeto de pesquisa intitulado *Aspectos psicológicos presentes na pré-eclâmpsia*, desenvolvido em parceria com um grupo de colegas que, há mais de 15 anos, trabalham e pesquisam as relações iniciais¹, é que muitas dessas indagações surgiram. Com base em um trabalho clínico e de pesquisa na área de intervenção precoce nas relações mãe/pai/bebê em risco e do acompanhamento da aplicação do método de observação da relação mãe-bebê (ORMB) proposto por Esther Bick (1964), vivenciado nas diferentes experiências obtidas em UTI neonatal, em creche, em maternidade, em uma enfermaria pediátrica, é que fomos desbravando esse território do desenvolvimento inicial. Como psicanalistas em seu ofício, íamos resgatando o bebê em sofrimento, presente nos pacientes adultos em análise, e confirmando o quanto o estudo dos primórdios da vida tem a sua pertinência e o seu valor na clínica psicanalítica.

Foi o contato com este universo primitivo que me levou a buscar e desenvolver, cada vez mais, instrumentos para capturá-lo. Lá, onde a palavra não tem alcance para nomear o que se passa, é com o corpo e seus sentidos que é feita a comunicação. Assim, terminada a pesquisa, percebi-me totalmente envolvida com aquele universo, com as possibilidades que ele me revelava de uma escuta diferenciada dos sinais e sintomas presentes nas grávidas ali internadas, que traziam à tona histórias secretas, inexprimíveis, no dizer de Rilke (1903), pertencentes a um espaço em que nenhuma palavra nunca pisou.

¹ Fazem parte deste grupo, juntamente com a autora, as psicanalistas Ângela Fleck Wirth, Beatriz Chwartzmann e Paula Daudt Sarmiento Leite.

Minha inserção foi sendo construída ao longo destes anos através de um trabalho sistemático de escuta às grávidas internadas e à equipe multidisciplinar, oferecendo palavras para a construção de uma história permeada por aspectos que envolvem a subjetividade, provocando balbucios e rumores onde reina o silêncio, a incompreensão, a intolerância, talvez o espanto, ou mesmo a repulsa. É pertinente mencionar que ocupo hoje, nesta equipe, o lugar de psicanalista convidada².

Construindo um *setting*

A construção de um *setting*, em geral, vai acontecendo lentamente, com um vagar necessário. Como um corpo estranho, entrei para este grupo sem lugar e função definidos. Teria que constituir um *setting* capaz de abrigar a equipe³ com seus diferentes olhares, reunindo-os internamente. Somado a isso, fazia-se necessário ir buscando, sempre que possível, restabelecer a unidade corpo/mente que se rompe quando uma grávida adoece, passando o corpo a expressar o que não encontra representação no psiquismo. Meu desafio era o de oferecer, tanto às grávidas quanto à equipe, uma escuta que funcionasse como ponte entre o biológico e o psicológico, ao invés de uma leitura em paralelo destes dois universos.

Minha formação médica, em certa medida, favorecia-me a acompanhar o pensamento clínico do corpo médico. Enquanto *vagava* pela equipe sem um lugar definido, divagava acerca deste espaço. Com as técnicas diagnósticas atuais, cada vez mais sofisticadas, não se precisa nem olhar o paciente que está ali a nossa frente, o computador é capaz de quase tudo substituir. Nome, idade, sexo, dados básicos de identificação que inauguram o encontro do médico com o paciente, hoje, já vêm preenchidos na tela do monitor, substituindo este encontro. Máquina fantástica esta que abriga programas com protocolos incríveis, enquadrando sinais e sintomas, destes artefatos capazes de preencher a prescrição do tratamento. Tudo bem explicado para o médico não *perder tempo* com tais conversas.

Formada há mais tempo, costumava ouvir as queixas do paciente com certa paciência. Mas dizem que tudo isto já *saiu de moda*, que este tipo de escuta está

² Há oito anos participo semanalmente dos *rounds*, sempre no mesmo dia e horário, acompanhando os casos apresentados. Vejo, também, uma paciente que me é indicada pela equipe, geralmente por “ser uma grávida difícil de manejar” e levo para o *round*, através da história da paciente, dos fios que se soltaram, um possível significado dos sinais e sintomas. Encontros esses que passei a chamar de *encontros terapêuticos*.

³ A equipe do alto risco é formada pelos residentes R1, R2 e R3 da obstetrícia, psicóloga, residente de psicologia, enfermeira, residente de enfermagem, doutorandos, residente de clínica médica, ultrassonografista e é conduzida pelo médico obstetra Sérgio Espinosa.

em desuso, pois hoje se faz medicina por evidência. E por protocolos! Atualmente, formam-se especialistas, aspecto que consiste num grande avanço, sem dúvida. Afinal, quantas vidas são salvas através destas superespecialidades, com suas supermáquinas, que cuidam do corpo. Enfim, vivemos a aurora do segundo milênio, na qual o homem e suas máquinas são quase deuses, capazes até de criar bebês na ausência de um pai e uma mãe.⁴

No ofício de analista, estava preparada para contatar com o mundo interior das pacientes com o intuito de lhes desvelar o inconsciente através da livre associação, dos sonhos, dos atos falhos. De oferecer palavras às lacunas que encobrem tanto o inconsciente reprimido quanto aquele que não foi vivido, dos primórdios do desenvolvimento, por não haver, ainda, um aparato psíquico capaz de registrá-lo.

Considerando a mudança que se impõe em relação ao trabalho de consultório, em que se está protegida por um *setting* conhecido e seguro, no ambiente hospitalar há especificidades que são diferentes do enquadre e manejo da clínica psicanalítica. Este *setting* especial abarca o convívio com as angústias, os ataques, a negação, a intelectualização, o amor, o ódio, a esperança, a desesperança, a reparação, entre outros, que devem ser contidos. Trata-se, por conseguinte, de uma economia de afetos própria a uma equipe multidisciplinar que trabalha com alto risco obstétrico e que funciona em estado de tensão permanente sob a iminência de perder a mãe e/ou o bebê.

Por conta disso, faz-se necessário o engendramento de dissociações, frente aos potentes sentimentos que naturalmente são despertados em cada um, a fim de que a equipe viabilize as condutas necessárias. Em tal caso, dissociar funciona como uma alternativa para manter-se em contato com as gestantes e seus fetos e sustentar um lugar minimamente saudável diante do padecimento, do risco e da morte. No entanto, se a continência por parte da equipe desses recursos de defesa dissociativos é ineficaz, acrescenta-se à dissociação, como proteção, um aspecto de agressão, de ataque, que vai se constituindo de forma mais rígida, culminando na rasura da empatia com a história daquela gravidez.

Nesse sentido, o lugar que me propunha ocupar sempre se encontrou na intersecção do biológico e do psicológico, lá onde tudo tem início. Uma área

⁴ Tal realidade é atenuada, nesta equipe, pela presença do médico obstetra Sérgio Moreira Espinosa, idealizador e condutor desta unidade há mais de 30 anos. Dono de uma sensibilidade aguçada, coloca à disposição do grupo sua vasta experiência, aliada a todos os seus sentidos para contatar com a grávida e o feto. É sempre considerando a história singular de cada gestante que ele se aproxima. Driblando as inúmeras deficiências do Sistema Único de Saúde, trabalhando sob o *stress* de poder perder a mãe ou o feto, constitui-se em uma equipe de última geração que tornou possível minha inserção como psicanalista.

relativamente nova e *sem dono*, que envolve o psiquismo do feto. *Sem dono* porque dela participam a obstetrícia, a neonatologia, a psicanálise, as neurociências, a física quântica, a genética, entre outras, sendo que nenhuma destas ciências, por si só, é capaz de contemplar o que se passa neste início (Imbasciati, 2004; Wilhelm, 2002; Shore, 2000; Bydlowski, 2000, Bydlowsky, 2004; Ansernet, 2003; Zack, 2012; Kandel, 2003; Busnel, 1997; Szejer, 1997; Baldini & Ottaviano, 2003). Uma área cercada de mistérios, carecendo, frequentemente, de reconhecimento científico. É certo que as pesquisas têm avançado nas últimas décadas, muito embora os achados ainda possam ser atribuídos às fantasias de quem os observa.

A construção de uma mãe

Os protocolos médicos não contemplam tudo o que concerne a este ato milenar de gerar vidas. De início temos um ventre prenhe de mistérios, em cujo interior um pequenino óvulo, quando fecundado por um espermatozoide, se transformará em conceito, embrião, feto e, se tudo correr bem, conforme a natureza indica, nascerá um bebê que já vem ao mundo marcado definitivamente por esta temporada de nove meses em que viveu como hóspede no útero de uma mulher. Enquanto seu corpo vai se transformando e se abrindo, fazendo lugar para abrigar o pequeno ser que aí se instalou, seu psiquismo também sofre profundas mudanças.

Para Bydlowski (2000), uma mãe se constitui ao longo de muitas gerações. É transgeracional a transmissão da maternidade e esta se efetiva, ou não, em cada filho a cada vez. Em seu livro *Il debito di Vita: I segreti della filiazione* nos fala desta herança parental que vem de longe. Segundo ela, a experiência da maternidade e a transmissão da memória impedem o esquecimento. Para os genitores, o bebê representará por toda a vida o testemunho do passado. O que é posto em jogo neste propagar da vida é a construção de um novo corpo humano, já habitado de memória e com a procura da linguagem.

No momento em que o feto se desenvolve, paralelamente à sua construção biológica e determinação genética, forma-se uma trama no inconsciente dos futuros pais, uma tela de sonhos, desejos, segredos, recordações, palavras, que vem especialmente da mãe, empenhada fisicamente neste processo. Antes mesmo de seu primeiro vagido, o bebê já está inscrito em um *depois*, ele é portador de um passado desconhecido a seus genitores. Por sua vez, o recém-nascido, sujeito silencioso, constituirá sempre uma surpresa. Não poderá ser reduzido a uma repetição suplementar do destino, pois ele faz emergir uma nova organização. É o lugar onde o sonho se transformará em realidade.

Com efeito, as mães sabem que todos os bebês são testemunhas indiscretas de aspectos desconhecidos dos pais e que nem sempre desejam conhecê-los. É assim que este pequenino, antes mesmo de nascer, remexe suas gavetas mais íntimas, trazendo à tona histórias até então desconhecidas àquela mãe e àquele pai. Abandonos vividos na tenra infância, quer na realidade, quer na fantasia, fantasmas de bebês mortos ou dos que apenas viveram como embriões ou fetos, histórias de abuso, violência, abortos, traições. Histórias transgeracionais que se atualizam a cada gestação. Tudo isto favorecido pelo afrouxamento das defesas, estado denominado por Bidlowsky (2004) de *transparência psíquica*, quando, por uma abertura do psiquismo, o inconsciente se revela de uma forma única, impactando muitas vezes quem está a seu redor.

A história de Helena ilustra uma destas situações. Ela tem 25 anos, é primigesta e estava com 28 semanas de gestação, quando internou por aumento dos níveis tensionais e alterações laboratoriais indicativos de um quadro de pré-eclâmpsia que iniciaram logo após tomar conhecimento do sexo do bebê que espera – uma menina. A equipe se angustia, pois tem a impressão de que ela “não dá a mínima importância” aos riscos que o seu bebê está correndo, obcecada pela história de um tio que quer invadir a sua casa, fato que faz a equipe pensar que esteja psicótica.

Surpreendo-me quando a vejo deitada no leito, em decúbito lateral. Suas feições são bonitas, dentes alvos, olhos vivos, mas isso tudo fica imerso e apagado pela obesidade mórbida. A gravidez não se distingue da gordura e do edema. Relata que está casada há 3 anos. Ela e o marido construíram uma bela casa que se localiza nos fundos da residência de um tio, irmão da mãe, que tem diabetes e deficiência visual. O acesso à sua casa é pelo terreno do tio, sendo que os esgotos passam pelo pátio em comum. Desde que engravidou iniciaram-se as desavenças com este tio, que culminaram na delegacia, quando Helena denuncia-o como invasor. A família não entende por que ela está tão incomodada com ele, que não tem feito nada de diferente.

Aspectos adormecidos em seu inconsciente agora eclodem abruptamente, levando-a a reviver o seu próprio nascimento. Helena nasceu 11 meses após o nascimento de seu irmão, provavelmente de uma concepção não desejada e tampouco planejada, enquanto que sua mãe nasceu 11 meses após o nascimento desse tio com quem Helena divide o pátio. A menina esperada aciona na gestante conteúdos inconscientes que, através dos *esgotos* que se comunicam, revelam uma percepção precoce de ser invasora do corpo e da mente de sua mãe, assim como sua própria mãe o fora no ventre da sua mãe, vó de Helena.

O corpo expressa seus sentimentos e conflitos, assim que o obstetra que a

acompanha também não a percebe grávida, mesmo vendo o feto se movimentar durante a ultrassonografia, o que lhe causa estranhamento. Quando peço que, através de um desenho, represente sobre como se percebe neste momento, Helena rabisca no canto de uma folha de ofício o que deve ser uma menina minúscula ao pé da página. Não existe mulher, nem gravidez, apenas uma menina/invasora perdida naquela página.

E tudo isto se passa, silenciosamente, enquanto a biologia e a genética vão cumprindo seu papel. Não há como prever quais as gavetas que um feto irá abrir na história materna/paterna, cujos fios se cruzarão aleatoriamente, tecendo combinações inusitadas que, quando não encontram representação no psiquismo, revelam-se através de náuseas, vômitos, diminuição, ou aumento do líquido amniótico (oligodramia/polidramia), bolsa rota, (ruptura das membranas), aumento dos níveis tensionais na gravidez (hipertensão gestacional), diabetes, pré-eclâmpsia, crescimento intrauterino restrito (CIUR), entre tantas outras possibilidades capazes de pôr em risco a vida da mãe e a do feto.

Embora se trate de uma experiência individual, uma mulher não pode viver por si só a própria maternidade, é do que nos fala Bydlowski (2004). Ela necessita da colaboração e do calor de outras mulheres: mãe, sogra, irmãs, tias, primas, amigas, mulheres que representem ao mesmo tempo a realidade atual e a passada. A identificação com uma imagem materna positiva é uma necessidade para a mulher que espera um bebê. Imagem que será tanto mais procurada, no ambiente que a rodeia, quanto mais se fizer presente sua ausência. Freud (1932), em sua Conferência XXXIII⁵, dedicada à *feminilidade*, destaca a importância desta primeira identificação afetiva, da menina com a mãe na fase pré-edípica, como decisiva para o futuro de uma mulher. “Durante esta fase são feitos os preparativos para a aquisição das características com que mais tarde exercerá seu papel na função sexual e realizará suas inestimáveis tarefas sociais” (p. 164).

Bydlowski (2000) explora este tema, reafirmando o que Freud (1932) dissera, que é no encontro com a mãe cuidadora da tenra infância que a futura mãe se tornará mãe, maternando seu bebê como o foi e o é agora, maternada pelo entorno que a cerca. Sendo que, nas palavras da autora: “A recordação deste primeiro amor e a sua permanência dentro de si serão objetos do sentimento de gratidão que se constituirá na dívida de vida, de todo o bebê que nasce, do sexo feminino, para com sua mãe” (p.146).

Quando uma grávida adoece, não é o seu ventre, inserido em seu corpo, ou sua mente que adoecem, mas, sim, é sinal de que se romperam as conexões de seu

⁵ Cf. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.

corpo com seu psiquismo, dela com o ambiente em que vive, de sua história presente com as histórias passadas e as que lhe foram transmitidas. Uma constelação de fatores se faz presente em cada gravidez, pois este evento natural, capaz de revirar o corpo e o psiquismo da mulher pelo avesso, não tem precedentes em todo o ciclo evolutivo. Desde que um bebê nasça do sexo feminino, terá que se haver com uma questão fundamental: conceber e parir ou renunciar à maternidade. É este o destino da mulher.

Como ouvir uma história?

Monique Bidlowsky (2004), em seu livro *Sonhar um filho*, tem um capítulo intitulado *O atelier materno*, em que, através de uma bela metáfora, aproxima a gravidez ao trabalho artesanal realizado pelas tecelãs. Em um espaço reservado ao feminino, histórias são contadas enquanto vão sendo, ponto a ponto, tecidas as peças e as crenças, a cultura e as tradições vão sendo passadas de mãe para filha através de gerações.

Deste modo, agrada-me pensar que acompanhar grávidas tem a ver com tecer histórias. Mas, assim como não se ensina uma mãe a ser mãe, também não se ensina a escutar uma história. É através de vivências, como a observação de bebês proposta por Esther Bick (1964), que esta escuta pode ser desenvolvida. Uma escuta isenta de críticas, julgamentos, pré-concepções, de como deve ser uma mãe, apenas acompanhando o fluxo associativo, deixando-se conduzir sem interromper, valorizando e registrando cada detalhe do que está sendo capturado através de todos os sentidos.

Neste estado, sustentada por uma regressão do ego, a entrega é visceral e é assim que me ofereço para esta escuta. Ao me aproximar do leito, estendo uma cortina invisível em torno dele, perfilando, um a um, estes instrumentos de trabalho, ao mesmo tempo em que circunscrevo um *setting* para abrigar a grávida e o feto em risco. Minha escuta busca identificar os fios que se romperam na história, restabelecendo a trama e assegurando a continuidade do viver. Nestes encontros, vamos juntas tramando os fios que se apresentam soltos, expressos através de sinais e sintomas. Estes encontros, que passei a chamar de *encontros terapêuticos*, costumam trazer alívio dos sintomas, acontecendo muitas vezes a reversão do quadro clínico.

Outro ponto a destacar é que trabalhar com grávidas nos remete a uma vivência pela qual todos já passamos – a de um dia ter habitado o interior do corpo materno – e justamente por isso termos sido tocados em nossas partes mais

íntimas, mais sensíveis, mais frágeis e também, mais desconhecidas. É estar em constante ameaça de que nosso mundo primitivo aflore a qualquer momento, por isso estamos sempre a nos proteger de que algo desta vivência possa se revelar. Ao mesmo tempo deixar-se tocar a este ponto é o que garante o encontro com a grávida e seu feto, visto que, quanto mais perdermos o contato com nossa história pessoal, tanto mais nossa visão será fragmentada e até mesmo distorcida.

“Mamãe, não sei se tu me queres...”

Nesta íntima imbricação entre a equipe, as pacientes e o ambiente em questão, muitas questões decantam. Com base na experiência de acompanhamento de tantos casos, elegi um, dentre tantos que merecem ser narrados, através do qual descrevo o modelo de *encontro terapêutico* que foi sendo construído no acompanhamento às grávidas internadas na enfermaria de alto risco obstétrico.

A pedido do médico chefe vejo Maria Izabel, de 21 anos, primigesta, com 30 semanas de gestação, internada há seis dias com CIUR (crescimento intrauterino restrito). O feto pesava 1105 gramas e não crescia há duas semanas, correndo risco de vida. A investigação das possíveis causas maternas e fetais não revelara nenhuma evidência que indicasse o porquê desta parada de crescimento. Na ultrassonografia, realizada no dia anterior, o feto aparece “inerte” – conforme as palavras do médico chefe –, esperando alguma coisa acontecer.

A equipe a apresenta como uma paciente difícil, negando-se a entender a gravidade do caso, o risco que o feto corria, só querendo ir embora. Verbalizaram não conseguirem se comunicar com ela frente aos intensos sentimentos que a gestante lhes despertava de que estaria rejeitando o feto. Desanimada, a equipe havia desistido de acompanhá-la pensando na interrupção da gravidez, o que colocaria em risco a sobrevivência do feto.

Encontro Maria Izabel sentada na beira do leito, com as pernas para fora, de tez morena, com os longos cabelos negros presos em rabo de cavalo e com um par de olhos também negros à procura de não sei o quê. Estes olhos vão de um lado a outro, vasculhando tudo a seu redor, sem em nada se deter. Por sobre o corpo veste um camisolão branco do hospital, que lhe cobre/encobre todas as formas, parecendo uma embalagem cujo conteúdo é desconhecido. Suas feições lhe conferem uma seriedade desproporcional a sua pouca idade, aparentando muito mais do que seus 21 anos. Quando me identifico, perguntando-lhe se gostaria de falar comigo, desconfiada, ela diz que ninguém quer ouvi-la quando responde a todos que está bem e que quer ir embora. Maria Izabel me olha, em silêncio, por

inteiro. Seu olhar parece um radar, e eu me sinto escrutinada, visceralmente, enquanto me ofereço a esta *vistoria*. Então me diz: “Quero falar contigo, mas não aqui, só eu e tu”.

Em todos estes anos já ouvi mais de três centenas de grávidas com histórias tenebrosas, sempre à beira do leito. Nunca, antes, aconteceu de uma grávida ter me pedido que a ouvisse em outro local, até porque, fisicamente, não há espaço para tal. Em um cubículo exíguo, embaixo da escada, acomodo duas cadeiras, uma em frente à outra, enquanto ela segue me investigando. Ao final de um tempo que me pareceu longuíssimo, esboça um sorriso que ilumina seu rosto e pelo qual sou capturada de imediato e lhe digo: “Já te disseram que ficas iluminada quando sorris?”. “Já” – responde. E assim iniciamos este encontro.

Enquanto as mãos envolvem o feto por cima do camisolão, vai me falando: “Aqui, as pessoas não me dizem o que está acontecendo, falam umas coisas que eu não entendo. Nada faz sentido, aí, quando me perguntam como estou, digo que estou bem... dizem que ele não está crescendo e que é porque eu não me ajudo... mas como pode acontecer isto? O que tenho que fazer para ajudar? Eu não sei, não entendo o que eles querem me dizer e eles também não entendem o que eu digo. Aí, eu fico o dia todo pensando no ‘traste’ do pai dele e as pessoas não querem que eu fale dele, querem que eu esqueça, mas não consigo” (sic).

Neste momento “o traste do pai” ribomba em mim como um corpo estranho. Registro-o sem qualquer pergunta à paciente, entendendo que a ruptura capturada por mim no diálogo pode estar revelando uma comunicação do inconsciente. Enquanto busco acomodar tal estranhamento, ela segue falando: “Eu fico pensando nele o tempo todo. Penso se ele se alimentou, se está agasalhado, com este frio que está fazendo, se encontrou trabalho.”

Fico sabendo, ainda, que ele tem 35 anos, mora com a mãe, que vive de um salário de aposentadoria. Não tem trabalho porque nenhum lhe agrada. É usuário de drogas e Maria Izabel por ele se apaixonou há dois anos, quando saiu da casa dos pais, que sempre foram contra este relacionamento, indo viver com “o traste”. Pensou que um filho o tornaria um homem responsável, “mas me enganei” – diz ela – “desde que engravidei, piorou”. Conta que é a primeira filha de uma prole de três meninas, uma atrás da outra, tendo se especializado em cuidar de crianças. Primeiro cuidou das irmãs, depois das crianças da vizinhança, enquanto as mães saíam para trabalhar e, mais adiante, escolheu para companheiro “um bebezão” a quem chama de “traste”. A família, muito unida, a recolheu da casa da sogra e não quer saber do companheiro, não entendendo como ela pode se apegar tanto a alguém “sem eira nem beira”.

Enquanto a ouço, vou me identificando com o feto. Trata-se aqui de uma

identificação primária, conforme é descrita por Winnicott (1956)⁶, que faz parte da comunicação silenciosa entre a mãe e seu bebê em função da anatomia e fisiologia dos corpos, estado este em que a mãe é o bebê. Desde este lugar posso sentir a falta de espaço que há para ele se desenvolver, entendendo sua decisão de parar de crescer. Neste estado de regressão, uma parte de mim se oferece visceralmente para ser habitada por este feto, buscando palavras para nomear seu estado quando lhe digo: “Mamãe, olha para mim, eu preciso saber se me queres, sou muito pequenino e sinto que estou te atrapalhando. Me queres mesmo? Não vou atrapalhar tua vida, preciso que me digas... o papai já é grande, ele já tem quem o cuide, eu só tenho a ti, eu dependo de ti. Me diz mamãe, posso continuar crescendo?”.

Por sobre o camisolão, nas mãos de Maria Izabel envolvendo o pequenino, ele se mexe e ela o acolhe com um largo sorriso nomeando-o pela primeira vez. “Olha só o Pedro está se mexendo. Como tu conseguiste falar com ele?”. Mais além das palavras, a comunicação é feita através do olhar, da sonoridade da voz, dos gestos. É a comunicação que tantas e tantas vezes é possível identificar e com ela se identificar, quando se observa uma dupla mãe/bebê através do método proposto por Esther Bick.

Muito emocionada, chora copiosamente, enquanto fala com o filho: “Filho, então é isso, é por isso que não cresces... agora tudo começa a fazer sentido. De agora em diante nós dois vamos crescer juntos... é verdade, teu pai é grande, tem a mãe dele, eu não sou a mãe dele, sou tua mãe. É a primeira vez que vou cuidar de um filho que é meu”. Ela se despede com um longo abraço de agradecimento, quando, sem palavras, eu lhe asseguro sua maternidade. Como nos diz Winnicott (1956), as mães, ao invés de conselhos, precisam de recursos ambientais que lhes estimulem a confiança.

No *round*, apresento à equipe a história que se revelou nesta gravidez e que foi captada pelo feto: “Eles não me entendem e eu não entendo o que eles dizem”. Com estas palavras é que inauguramos nosso encontro, apontando para o desencontro inicial que parece ter havido em sua comunicação com a mãe. Foi nesta gravidez que, por um abrandamento das defesas, ressurgiu o bebezinho que Maria Izabel traz consigo, que não teve o espaço necessário para se desenvolver, sugerindo que fora mãe antes de ter sido filha. Pedro, agora, atualiza este aspecto de sua história, *parando de crescer* e buscando também recuperar este espaço na mente da mãe, para sua existência, enquanto que a mãe precisava, ela mesma, se sentir autorizada a ser mãe de seus próprios filhos.

⁶ Winnicott resgatou o conceito de identificação originária descrito por Freud ao propor a identificação primária em seu texto *Preocupação materna primária* (1956).

Em minha intervenção, disponho-me a receber a mãe em minha mente, a fim de que se reencontre com o bebê que ela fora, ao mesmo tempo em que ofereço palavras ao feto para comunicar como se sente. Ao relatar à equipe nosso encontro, identifico que eles me escutam com certa incredulidade, a qual vai se desfazendo à medida que vou reatando os fios da história que se romperam, tecendo com palavras os espaços ocupados pelo sintoma – parada de crescimento do feto. Sugiro que aguardem por mais alguns dias, dando um tempo para esta mãe e este feto reatarem a comunicação e o feto *decidir* o rumo desta gravidez.

Na semana seguinte, o médico chefe me avisa que Maria Izabel está à minha espera com ansiedade. É outra grávida; com o olhar brilhante me conta que Pedro havia retomado o crescimento, pesando agora 1.220 gramas. Está radiante com a confiança recém adquirida de que ele “vingou” coroando-a como mãe. “Parece mágica, mas me descolei do ‘traste’ e tudo clareou. Obrigada por ter nos escutado!”.

Pedro vai ser gestado por mais três semanas, quando nascerá de cesárea às 34 semanas de gestação, pesando 1.700 gramas. Vou vê-los na UTIN. Surpreendentemente, apesar da prematuridade, não precisou de respirador. É um bebê calmo que mama e dorme, embalado pelas mãos da mãe ao lado da incubadora.

Wirth (2005) assinala que, assim como a presença do bebê e o que ele traz como inato têm ressonância na subjetividade da mãe e do pai, da mesma forma o que se passa com a mãe tem ressonância na construção do psiquismo do bebê. Da mesma forma, pode-se pensar, mesmo que seja analogamente, que paciente e analista constroem em conjunto os dados clínicos a partir da interação das qualidades psíquicas e realidades subjetivas de ambos.

Ao concluir, é válido mencionar que a população desta enfermaria é constituída por grávidas que internam trazendo suas bagagens abarrotadas de histórias que contêm toda sorte de carências. Estão sozinhas desejando ardentemente aquele bebê ameaçado de não sobreviver ou esperando, fervorosamente, que ele não sobreviva. Muito tempo foi necessário para que fizesse algum sentido para a equipe o que eu identificava na trajetória de vida destas grávidas.

Dediquei-me a escutar as histórias e a contá-las àquele grupo de profissionais no *round*, oferecendo tal escuta como um modelo que foi, com o tempo, sendo por eles aceito e apreendido. Escuta que buscava estimular a curiosidade, a observação, a validação de suas percepções, a empatia com o universo primitivo, bem como a continência das angústias despertadas por este universo, do sentimento de impotência vivenciado frente ao que não tinha entendimento. O que havia

eram apenas buracos, fios soltos que se apresentavam através de sintomas de patologias de risco para a grávida e/ou o feto. Tais estados, invariavelmente, precisam ser abordados pelos aportes de outras áreas de conhecimento, pois a ciência do início da vida é transdisciplinar.

Esta vivência oportunizou-me ainda desenvolver uma escuta acurada da gravidez de risco, com possibilidade de uma intervenção precoce, capaz de mudar o rumo da gravidez e de muitas histórias. Quando se rompe, na gestação, a unidade mente/corpo, passando o corpo a se expressar através de sinais e sintomas, é oportuna a observação do poeta: “[...] a maior parte dos acontecimentos é inexprimível e ocorre num espaço em que nenhuma palavra nunca pisou” (Rilke, 1903).

In memoriam

Este texto é uma homenagem póstuma ao médico obstetra Sérgio Moreira Espinosa, falecido em 11/05/2014. Como já nos disse Rilke na sua carta datada de 17 de fevereiro de 1903: “Menos suscetíveis de expressão do que qualquer outra coisa são as obras de arte – seres misteriosos cuja vida perdura, ao lado da nossa, efêmera” (p. 25). □

Abstract

A psychoanalytical look at a high-risk obstetrical infirmary

This paper presents the author's insertion experience as a psychoanalyst in a multidisciplinary team of a high-risk obstetrics, in a National Health System General Hospital of Porto Alegre, a reference in the south of the country. It comments the construction of an appropriate setting for this task. The same way that in early pregnancy the mother perceives the fetus as a foreigner, the author experienced her own entrance in the team as a foreign body. While the author was offering herself internally to receive and hold the intense anxiety felt by the staff – that always work with an imminent risk of losing the mother or the fetus – she was weaving stories that, in the absence of words, reveal what the body can only express through signs and symptoms. The paper ends presenting a report of a therapeutic encounter with a 30-week pregnant woman, a pregnancy with IUGR (intrauterine growth restriction), maternal or fetal origin, issues not detected. In her approach of the case, the author exposes how she became feeling a psychoanalyst in a high-risk unit: throughout the use of instruments learned in

her psychoanalytical formation, such as the Esther Bick's method of observation of mother and baby relationship, which allows an approach to the primitive universe, and, also, throughout the dialogue with related fields knowledge.

Keywords: psychoanalyst, multidisciplinary staff, setting, high-risk pregnancy, therapeutic encounter.

Resumen

Una mirada psicoanalítica en una enfermería de obstetricia de alto riesgo

Este documento analiza la experiencia de inserción de la autora, como psicoanalista, en un equipo multidisciplinario de Alto Riesgo Obstétrico en el Sistema Único de Salud del Hospital General de Porto Alegre, referencia en el sur del país. Discute la construcción de un entorno adecuado para esta tarea. Del mismo modo que el feto es percibido por la madre al comienzo del embarazo como un extranjero, la autora experimentó su entrada en el equipo *como un cuerpo extraño*. Mientras la autora se prepara internamente para recibir y contener la intensa ansiedad que vivencia el equipo, que siempre trabaja con el riesgo inminente de perder la madre o el feto, fue viviendo historias que revelan la ausencia de palabras que sólo podían expresarse en el cuerpo a través de señales y síntomas. Concluye con un relato de un *encuentro terapéutico* con una mujer embarazada a las 30 semanas de gestación con RCIU (restricción del crecimiento intrauterino) y sin un problema, detectado por los exámenes, de origen materno o fetal. En su enfoque, el caso expone como se formó una psicoanalista en una unidad de alto riesgo desde su formación psicoanalítica, los instrumentos desarrollados a partir de ORMB, método defendido por Esther Bick, que le da acceso en todo el universo temprano, combinado con un amplio diálogo y estudio adquirido a través de los conocimientos derivados de las áreas relacionadas.

Palabras clave: psicoanalista, equipo multidisciplinario, setting, embarazo de alto riesgo, encuentro terapéutico.

Referências

Ansernet, F. (2003). *Clínica da origem*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *Int. J. Psychoanal.*, v.45, n.4.

- Bydlowski, M. (2000). *Il debito di vita: I segreti della filiazione*. Urbino: Quattro Venti Srl.
- Bydlowski, M. (2004). *Sognare un figlio: l'esperienza interiore della maternità*. Bologna: Pendragon.
- Baldini, L. & Ottaviano, S. (2003). *Psicología del neonato e del latante*. Padova: Piccin Nuova Librería s.p.a.
- Busnel, M. (Org.). (1997). *A linguagem dos bebês: sabemos entendê-los?* Escuta: São Paulo.
- Freud, S. (1932). Conferência XXXIII. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- Imbasciati, A. (2004). Um suporte para a transgeracionalidade: a teoria do protomental. *Revista de Psicanálise*, v.38, n 1, pp. 181-201.
- Kandel, E. & Squire, L. (2003). *Memória: da mente às moléculas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rilke, R.M. (1903). *Cartas a um jovem poeta e a canção de amor e de morte do porta-estandarte Cristóvão Rilke*. São Paulo: Globo, 2001.
- Szejer, M. (1997). *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Shore, R. (2000). *Repensando o cérebro*. Porto Alegre: Mercado Aberto.
- Wilheim, J. (Org.) (2002). *Relação mãe-feto: visão atual das neurociências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D.W. (1956). Preocupação materna primária. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- Wirth, A. (2005). Intersubjetividade na relação mãe-bebê. Trabalho apresentado no XX Congresso Brasileiro de Psicanálise – FEBRAPSI. *Poder, sofrimento psíquico e contemporaneidade*. Brasília: Novembro, 2005.
- Zack, P. (2012). *A molécula da moralidade*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Recebido em 06/04/2014

Aceito em 21/05/2014

Revisão técnica de **Denise do Prado Bystronski**

Ivanosca I. Martini

Rua Tobias da Silva, 149/202

90460-210 – Porto Alegre – Brasil

e-mail: ivanoscamartini@hotmail.com

© Revista de Psicanálise – SPPA

