

Contribuições da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade

Carolina Marocco Esteves

Tese de Doutorado apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia sob orientação do Prof. Cesar Augusto Piccinini, PhD.

Supervisão clínica: Nara Caron e Rita de Cássia Sobreira Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Porto Alegre, setembro de 2017.

AGRADECIMENTOS

Quando me propus a realizar a presente tese, tinha em mente que teria um árduo caminho pela frente e logo pensei: devo escolher um tema que me apaixone e percorrer este caminho ao lado de pessoas que me apoiem e incentivem minhas escolhas. Pois é neste momento que desejo agradecer o apoio que recebi de todos que estiveram acompanhando minha longa trajetória.

Às mães e seus bebês que participaram desse estudo, obrigada por me ensinarem a ser mais humana e a conseguir entender um pouco a complexidade que envolve realizar uma clínica para o contexto da prematuridade. Dedico esta tese a vocês. Obrigada por construí-la junto comigo.

Agradeço imensamente ao meu orientador Cesar Augusto Piccinini, que ao longo destes 7 anos me incentivou, estimulou minha autonomia e me apoiou em todos os momentos e decisões. Soube exatamente o momento de se afastar, se aproximar e me estimular a voltar ao trabalho. Ao longo de todo Mestrado e Doutorado você me ajudou a construir minha identidade de pesquisadora, sempre com muita ética e profundidade. Até então, pensava que seguiria somente o caminho da clínica.

Um agradecimento especial a minha supervisora clínica Rita de Cassia Sobreira Lopes, que acompanhou pessoalmente a construção do trabalho clínico dessa tese, me amparando emocionalmente e teoricamente em todos os momentos.

Queria agradecer também a supervisora clínica Nara Caron, que proporcionou um ambiente acolhedor e sempre disponível nas supervisões. Uma profissional extremamente competente e sensível que serve de inspiração para a minha prática clínica. Obrigada por todo o suporte e por fazer parte da minha formação profissional e pessoal.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, que ajudaram muito no meu desenvolvimento profissional.

Aos queridos professores da banca que avaliaram essa tese com sensibilidade e competência, trazendo contribuições riquíssimas para sua construção: Prof^a Giana Frizzo, Prof^o Manoel dos Santos e Prof^a Tagma Donelli.

Aos companheiros colegas do NUDIF e PREPAR, obrigada por poder contar com vocês nesta longa trajetória. Em especial, as amigas queridas Joice Sonogo, Lívia Leão e Paula Mousquer, obrigada por todos os cafés e conversas que tornaram esse processo mais leve e humano.

Ao hospital onde foi realizado o estudo, a UTI Neonatal e a equipe de psicologia que tão generosamente abriram suas portas para que essa pesquisa pudesse ser realizada.

Às mães e seus bebês que participaram desse estudo, obrigada por me ensinarem a ser mais humana e a conseguir entender um pouco a complexidade que envolve realizar uma clínica para o contexto da prematuridade. Dedico esta tese a vocês! Obrigada por construí-la junto comigo.

Ao meu marido parceiro, Tiago, obrigada amor, por todo apoio, incentivo e por acreditar em mim, quando nem eu mais acreditava que poderia concluir esse processo. Juntos não somos só dois, somos 20!! As minhas filhas, Luísa e Isabela, obrigada por me ensinarem diariamente que o amor multiplica e que meu coração vive fora do corpo, junto com vocês. Amo vocês três tal qual o infinito em expansão.

À minha mãe que sempre me incentivou e deu todo o suporte que eu precisava para prosseguir. Aos meus irmãos, Julieta, Lucas e Sofia, que mesmo longe estão perto de mim sempre. Obrigada por serem a minha família, a minha referência de ontem e de hoje, as minhas raízes que atravessam o oceano e nunca se rompem. Amo vocês quatro para sempre.

“Se estivermos muito afastados de nossa essência, não estaremos sequer em condições de nos fazer as perguntas básicas diante das manifestações dolorosas ou incômodas dos nossos filhos. Será necessário que alguém nos faça essas perguntas, que nos incite a procurar respostas possíveis em nosso amágo e vele para que não descartemos rapidamente as primeiras sensações”.

(Laura Gutman, em A maternidade e o encontro com a própria sombra)

SUMÁRIO

RESUMO.....	06
ABSTRACT.	07
CAPITULO I.....	08
INTRODUÇÃO.....	08
Apresentação.....	08
Características da Prematuridade.....	09
A experiência subjetiva do parto prematuro.	13
As primeiras experiências subjetivas mãe/ambiente-bebê prematuro.	15
O contexto da UTI Neonatal.	24
Atendimentos psicanalíticos na UTI Neonatal em situação de prematividade	26
A clínica winnicottiana para os estágios primitivos.	31
Justificativa e objetivos do estudo	39
CAPÍTULO II	40
MÉTODO.....	40
Participantes.	40
Delineamento e procedimentos.	41
Atendimento e Instrumentos.	42
Considerações éticas	45
CAPÍTULO III.....	47
RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
Impressões e sentimentos sobre o ambiente da UTI Neo.....	49
Caso 1: Mayara e Estefani.....	60
História pregressa.....	60
A clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade	61
Discussão do Caso 1: Mayara e Estefani.	125
Compreensão psicodinâmica do caso e contribuições da clínica winnicottiana para a mãe e a bebê	125
Especificidades da técnica da clínica winnicottiana	132
Caso 2: Alice, Camila e Catarina	137
História pregressa.....	137
A clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade	138

Discussão do Caso 2: Alice, Camila e Catarina.	167
Compreensão psicodinâmica do caso e contribuições da clínica winnicottiana para a mãe e as bebês	167
Especificidades da técnica da clínica winnicottiana	174
CAPÍTULO IV	178
DISCUSSÃO GERAL	178
Considerações finais.....	185
REFERÊNCIAS.	189
ANEXOS.....	204
ANEXO A	205
ANEXO B	207
ANEXO C	210
ANEXO D	212
ANEXO E	213

RESUMO

O nascimento prematuro é um evento potencialmente traumático para a relação da mãe e do bebê. Ele pode ser vivenciado como uma ruptura na continuidade da gestação e agregar dificuldades nas primeiras aproximações extrauterinas da díade. Tanto a mãe quanto o bebê são subitamente impedidos de dar continuidade ao processo de desenvolvimento natural. O trabalho desenvolvido na presente tese foi baseado nos princípios e técnica da clínica winnicottiana para pacientes que se encontram em estágios primitivos. Tal técnica consiste no *holding*, na não-intrusividade, manutenção do silêncio, no *setting* confiável e acolhedor, assim como a capacidade de empatia do analista. O objetivo deste estudo foi investigar as contribuições dos princípios e da técnica da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade, e suas especificidades, considerando a internação do bebê na UTI Neo. Em particular, se investigou as contribuições deste atendimento para a diminuição do sofrimento psíquico e conflitos da mãe relacionados ao bebê, esperando que tais benefícios se estendessem para a relação mãe/bebê. Participaram do estudo duas mães primíparas e seus bebês. No Caso 1, a mãe tinha 20 anos e a bebê havia nascido com 27 semanas gestacionais, pesando 1020gramas e permaneceu 81 dias internada na UTI Neo. No Caso 2, a mãe tinha 21 anos e as bebês gêmeas haviam nascido com 27 semanas gestacionais, pesando 1600gramas e permaneceram internadas 49 dias na UTI Neo. As famílias eram de nível socioeconômico baixo. O atendimento clínico winnicottiano (Winnicott, 1954/2000; Winnicott, 1955-6/2000; 1960/2007) foi realizado durante a internação do bebê, variando o número de sessões de acordo com o tempo de internação. O foco da análise esteve no processo do atendimento clínico, incluindo as mudanças e os fenômenos ocorridos ao longo dos atendimentos, sendo o material organizado na forma de relato clínico, com base no referencial winnicottiano. A análise mostrou que os atendimentos foram benéficos para as mães e suas filhas, auxiliando as mães em suas dificuldades frente à maternidade e nas primeiras aproximações e cuidados com as bebês. Igualmente, influenciou positivamente no olhar das mães em relação às filhas, contribuindo para a continuidade do desenvolvimento emocional das bebês. Os atendimentos também ajudaram as mães a verbalizarem e elaborarem culpas, perdas, lutos e medos que a experiência do nascimento prematuro agrega a maternidade. Tais benefícios estiveram relacionados com a técnica utilizada, incluindo adaptações no atendimento para atender às demandas e características de cada caso. Os resultados mostraram que o atendimento clínico winnicottiano para a prematuridade se constitui em uma técnica capaz de ajudar as mães e seus bebês.

ABSTRACT

Premature birth is a potentially traumatic event for both mother and baby. It is an interruption in the continuity of gestation and add difficulties to the dyad's first extrauterine interactions. Both mother and baby are suddenly displaced and unable to give continuity to their natural developmental processes. The clinical work developed in this thesis was based on winnicottian clinic's principles and technique for primitive patients, which includes holding, non-intrusiveness, silence and constancy of the *setting* as well as the analyst's ability for empathy. The purpose of this study was to investigated the contributions of the winnicottian clinic's principles/technique to the context of prematurity, with its specificities, considering the hospitalization of the infant in the NICU. In particular, we investigated the contributions of the winnicottian clinic's principles and technique to the reduction of mothers' psychic suffering and conflicts related to the infant, hoping that such benefits would extend to the mother-infant relationship. Two primiparus mothers and their babies participated in the study. In Dyad 1, the mother was 20 years old and the infant was born in the 27th gestational week weighing 1,020 grams and remained 81 days in NICU. In Dyad 2 the mother was 21 years old and the twin babies were born in the 27th gestational week, weighing 1,600grams and remained hospitalized for 49 days in the NICU. Families were of low socioeconomic status. Based on Winnicottian clinic's principles and technique (Winnicott, 1954/2000, Winnicott, 1955-6 / 2000, 1960/2007), mothers were seen during the infant's hospitalization, the number of sessions varying according to the the infant's level of prematurity and length of hospital stay. The analysis was based on winnicottian clinic's principles and technique, including the changes and phenomena that occurred during the visits. The material was organized as a clinical report. The analysis showed that the consultations were beneficial for the mother-infant relationship, helping the mothers to talk about and deal better with their difficulties in the face of motherhood and in the first interactions and care for the infants. Likewise, it positively influenced the mothers' view of their daughters, contributing for the continuity of the infants' emotional development. The consultations also helped mothers to verbalize and elaborate guilts, losses, mourning and fears that the experience of premature birth adds to motherhood. These benefits were related to the technique used, including adjustments in care in order to meet the demands and characteristics of each case. The results showed that the principles/techniques of winnicottian clinic can be applied and used in the context of prematurity aiming at helping mothers / infants.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

A experiência subjetiva materna frente à gestação e o nascimento do bebê têm sido motivo de inúmeras investigações nas últimas décadas. Existe um período sensível nos primeiros dias depois do nascimento, dentro do qual as trocas íntimas mãe-recém-nascido são facilitadores do ajuste da díade e da vinculação afetiva (Brazelton, 1998; Winnicott, 1956/2000).

A literatura aponta que a maternidade, por si só, envolve intensos sentimentos por parte da mulher, exigindo que esta consiga assimilar e enfrentar mudanças corporais, sociais e psicológicas. Dentro deste contexto, o nascimento prematuro do bebê está entre os fatores que mais afetam a experiência de ser mãe, podendo trazer diversas dificuldades para a mulher (Druon, 1997; Lebovici, 1987; Mathelin, 1999; Wirth, 2000).

A mãe precisará enfrentar uma situação que poderá gerar muito sofrimento e sentimentos ambivalentes, fato este que pode dificultar e até inibir os primeiros contatos da mãe e seu bebê (Druon, 1997; Lebovici, 1987). Assim, a mãe tende a se sentir desamparada frente a um bebê frágil que precisa permanecer dentro de uma incubadora, necessitando de cuidados especiais (Druon, 1997). Deste modo, podemos pensar que o nascimento prematuro do bebê encontra-se entre os fatores que mais afetam a experiência de ser mãe. Diante disso, percebe-se que nas mães de um bebê nascido prematuro, as angústias esperadas para essa fase são mais acentuadas e o desafio imposto é ainda maior, pois necessitam trabalhar com sua culpa pelo nascimento prematuro do filho, a separação precoce e o risco de morte. Os inúmeros estudos que têm acompanhado díades de mães e bebês prematuros têm destacado as dificuldades das mesmas no estabelecimento da relação inicial, uma vez que o nascimento de uma criança prematuramente é um choque afetivo, que pode ser vivido de maneira dolorosa e traumatizante (Druon, 1997; Mathelin, 1999; Mendelsohn, 2005; Wirth, 2000).

Dentro da especificidade que a situação da prematuridade impõe, as mães se deparam com um bebê bastante diferente de suas expectativas e idealizações, sendo que nos primeiros momentos qualquer forma de aproximação e contato tenderá a ser bastante difícil. Além disto, a experiência de permanecer longe do filho, tendo em vistas restrições clínicas muitas vezes

impostas pela prematuridade, pode dificultar a formação de comunicações emocionais vitais à dupla (Druon, 1997; Mathelin, 1999).

O sofrimento e dificuldades das mães e bebês prematuros tem sido objeto de estudo de pesquisas que envolvem propostas de intervenções, nas quais se buscam caminhos para amenizar o trauma vivenciado neste contexto. Por exemplo, algumas intervenções têm o foco mais psicossocial, enquanto outras mais psicanalíticas, mas os objetivos muitas vezes se aproximam, ao auxiliarem na diminuição do sofrimento e angústias maternas e ajudar nas primeiras aproximações das díades.

O presente estudo teve por objetivo investigar as contribuições dos princípios e da técnica da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade, e suas especificidades, considerando a internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal¹. Em particular, se investigou as contribuições deste atendimento para a diminuição do sofrimento psíquico e conflitos da mãe relacionados ao bebê.

Inicialmente, examinou-se a literatura com destaque para a caracterização da prematuridade, com base em estudos médicos clínicos e epidemiológicos. A seguir, examinaram-se questões relativas às primeiras interações mãe-bebê prematuro, sob a ótica das teorias e pesquisas psicanalíticas, bem como o impacto psíquico da prematuridade na maternidade. Na sequência, apresentou-se algumas propostas de intervenções com base psicanalítica realizadas nas UTIs Neos, com destaque, para as baseadas na teoria winnicottiana. Tendo em vista a orientação teórica psicanalítica da autora, priorizou-se na revisão os autores psicanalíticos, particularmente Winnicott, mas sem desconsiderar a contribuição de outros autores, quando necessário.

Características da Prematuridade

Bebês que nascem com menos de 37 semanas de gestação e pesando menos que 2500g são considerados nascidos prematuros (March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children & World Health Organization, 2012). O nascimento prematuro pode ser dividido, com base na idade gestacional, da seguinte forma: bebês extremamente prematuro (EP), com menos de 28 semanas gestacionais; bebês muito prematuros (MP), que englobam os nascidos entre 28 e 32 semanas gestacionais e os bebês nascidos prematuros moderados, que nasceram entre 32 e 37 semanas gestacionais (March of

¹ Para fins deste estudo a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal será denominada UTI Neo.

Dimes et al., 2012). A classificação do bebê no nascimento pode ser feita considerando-se, além da idade gestacional mencionada acima, o seu peso (American Academy of Pediatrics, 1967). Quanto ao peso, são considerados extremo baixo peso (EBP), os bebês com menos de 1000g; muito baixo peso (MBP), os com menos de 1500g e baixo peso (BP) os nascidos com menos de 2500g (Stoll, 2004).

Mais de 15 milhões de bebês nascem antes do tempo por ano no mundo, sendo que cerca de um milhão deles morrem dias após o parto (March of Dimes et al., 2012). O Brasil, Estados Unidos, Índia e Nigéria estão entre os dez países com os maiores números de partos prematuros. O Brasil aparece em décimo lugar, com 279 mil partos prematuros por ano (antes de 37 semanas de gestação). Quando se leva em consideração a taxa de nascimentos prematuros para cada 100 nascimentos, o país teve 9,2% de prematuros no ano de 2012, sendo que o maior aumento ocorreu entre os bebês de extremo baixo peso. No ano de 2010 ocorreram 2.895 nascimentos prematuros, sendo que destes, 222 bebês eram da Região Sul (Ministério da Saúde, 2012).

Outro dado importante referido nas pesquisas é que o nascimento prematuro é a causa de 60 a 80% das mortes de bebês nos países industrializados (Flenady, Middleton, Smith, Duke & Erwich, 2011; Kramer et al., 2012). Nesse sentido, a prematuridade continua a ser uma das causas de maior mortalidade de recém-nascidos (Segre, 2002; Tribe, 2007), numa lista composta pelos seguintes quadros clínicos: anóxia perinatal, infecções, malformações congênitas e doenças pulmonares.

Em relação ao parto prematuro, este pode ser classificado em: parto prematuro espontâneo, isto é, em que o início do parto é espontâneo ou acontece após a ruptura prematura das membranas (Goldenberg et al., 2012). O segundo tipo é o induzido ou cesariana eletiva, no qual existe a indicação médica do parto por risco à vida da mãe e do feto (Goldenberg et al., 2012).

De acordo com Plunkett e Muglia (2008), a história pregressa materna de outros partos prematuros espontâneos é um forte fator de risco para as mães, principalmente se associado a fatores genéticos, epigenéticos e ambientais. No entanto, muitas outras causas vêm sendo relacionadas na literatura com o aumento do parto prematuro espontâneo, tais como: mães muito jovens ou em idade avançada (Goldenberg, Culhane, Iams & Romero, 2008; Muglia & Katz, 2010); aumento na utilização das técnicas de reprodução assistida (Felberbaum, 2007); e gestações múltiplas, pois ocorre distensão do útero, o que aumenta em dez vezes a chance do parto prematuro, quando comparado com uma gestação única (Blondel et al., 2006). Existe, ainda, uma associação positiva com aumento de idade, utilização de técnicas de reprodução

assistida e gestações múltiplas. Devido a essa associação, políticas recentes vêm limitando o número de embriões transferidos durante a fertilização in vitro (Kaprio, 2005).

Em relação às causas biológicas do parto prematuro espontâneo, as pesquisas destacam que alguns fatores como as infecções no trato urinário, malária, vaginose bacteriana, *Síndrome de Imunodeficiência Adquirida* (HIV) e sífilis aumentam o risco de parto antes do tempo (Gravett, Rubens & Nunes, 2010). Destaca-se na literatura que esses fatores de risco biológico frequentemente associam-se também a fatores de risco psicossociais, como estresse e trabalho físico excessivo ou que exija longos períodos em pé (Muglia & Katz, 2010), além de excesso de fumo e abuso de álcool (Gravett et al., 2010).

Já o parto induzido ou cesariana pode ocorrer por imprecisão médica na avaliação da idade gestacional (Barros & Velez, 2006; Mukhopadhaya & Arulkumaran, 2007); indicação clínica da mãe por eclampsia, pré-eclampsia e ruptura uterina, além de indicações clínicas relacionadas ao feto, como sofrimento feral e restrição no seu crescimento (Ananth & Vintzileos, 2006). Condições de saúde frágeis por parte da mãe, como hipertensão, obesidade e diabetes podem aumentar o risco da indicação do parto induzido (Steer, 2008).

Quanto às características dos bebês nascidos prematuros, sabe-se que aqueles com menor peso e idade gestacional apresentam um quadro clínico caracterizado pela imaturidade física (Araújo, 2004; Steer, 2008). Um bebê prematuro pode apresentar diversos problemas clínicos como: anemia, hemorragia cerebral, sepsis neonatal, baixo nível de açúcar no sangue (hipoglicemia), síndrome de dificuldade respiratória neonatal e icterícia (AAP, 2008). Frequentemente, estes bebês apresentam: pele mais fina e frágil, deficiência no controle da temperatura corporal, diminuição na atividade muscular, reflexa e da força óssea, dificuldades de sucção de deglutição e maior probabilidade de contrair infecções (AAP, 2008) e distúrbios nos períodos de sono e vigília (Weisman et al., 2011).

A maturidade gestacional dos bebês prematuros influencia diretamente sua resposta aos procedimentos dolorosos durante a hospitalização (Holsti, Gunau & Shany, 2011). Os bebês considerados extremo baixo peso apresentam inconsistência em sua resposta fisiológica e comportamental aos estímulos relacionados à dor. De acordo com os autores, estes bebês ainda não tem a capacidade de sustentar essas respostas durante determinado tempo. Tais inconsistências refletem uma imaturidade do sistema nervoso central (Stevens et al., 2007). Nesse sentido, pode-se pensar que a idade gestacional e as reações à dor estão correlacionadas. (Johnston, Fernandes & Campbell-Yeo, 2011).

Em termos gerais, é possível prever algumas características destes bebês de acordo com sua idade gestacional (Bradford, 2000). O autor referiu que os bebês que nascem entre 24 e 28

semanas tem seu peso variando entre 454g e 900g, medindo de 25 cm a 33 cm e com a cabeça maior do que o corpo. A pele é muito fina e delicada, o que algumas vezes pode evidenciar suas veias e ossos já que seu tecido adiposo ainda está em formação. Geralmente, seus olhos são fechados. Já os bebês que nascem entre 29 e 34 semanas, pesam entre 1000g e 2500g e medem de 30 cm a 35 cm, têm uma aparência mais forte, em comparação ao bebê mais precoce. Estes são mais ativos e conseguem realizar alguns movimentos com suas pernas e braços, sugar e fechar a mão, quando estimulado. Seus olhos estão abertos e ele pode reconhecer seus pais ou sons familiares.

Quanto à alta do bebê prematuro, é necessário que ele adquira três competências fisiológicas, a saber: capacidade de alimentação oral suficiente para sustentar seu crescimento adequado; aptidão de manter a temperatura normal do corpo no ambiente externo e controle cardiorespiratório suficientemente maduro (Jefferies & Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee, 2014; Smith, Hwang, Dukhovny, Young, & Pursley, 2013). De acordo com os autores, essas competências são alcançadas, pela maioria dos prematuros, entre 36 e 37 semanas de vida. No entanto, a maturação do controle respiratório poderá demorar mais, ocorrendo em até 44 semanas de vida. Segundo a literatura (AAP, 2008), o ritmo de maturação é influenciado pelo peso ao nascer, pela idade gestacional, bem como o grau e a cronicidade das doenças neonatais que o bebê poderá apresentar no decorrer da internação.

Devido a sua imaturidade física, evidencia-se que o bebê ainda não está pronto para interagir com o ambiente, pois ainda não consegue sustentar os processos básicos para viver e interagir com os pais. Nesse sentido, inicialmente, a participação dos pais no cuidado com este bebê será limitada, sendo que para sua sobrevivência, o cuidado substitutivo da equipe se fará necessário e vital.

Em geral, os riscos de sequelas no desenvolvimento são considerados maiores para os bebês que pesam menos de 1500g ao nascimento (Linhares, 2009). Estudos de follow-up com crianças que nasceram prematuras e encontram-se em idade escolar, indicaram dificuldades na linguagem (Linhares, 2009; Schirmer, Portuguez, Nunes, 2006), atraso neuro-comportamental (Barbosa, Formiga & Linhares, 2007), baixo desempenho escolar (Osrin, 2010), problemas cognitivos (Luu et al., 2009; Wolke, Samara, Bracewell & Marlow, 2008), na integração visomotor e no comportamento com seus pares (Samara, Marlow & Wolke, 2008).

Apesar das possíveis sequelas apontadas acima, os avanços tecnológicos, refletidos nos atendimentos nas UTIs Neonatais nas últimas décadas, têm diminuído os riscos de comprometimento a longo prazo destes bebês (March of Dimes et al., 2012). Nesse sentido, os avanços na qualidade dos cuidados intensivos para recém-nascidos prematuros incluem:

atenção voltada aos cuidados humanizados relacionados ao bebê; redução da dor nos procedimentos neonatais, além de mais estímulo e cuidado com os familiares, incluindo alojamentos conjuntos e maior acesso para os pais à UTI Neonatal (Symington & Pinelli, 2003). No entanto, a trajetória desenvolvimental destes bebês poderá ser influenciada por diversos fatores após a alta, como foi destacado acima.

Como pode ser visto nos estudos revisados acima, ainda não existe um consenso entre os autores a respeito da etiologia da prematuridade. Isto pode estar associado a diferenças metodológicas entre os estudos, mas também a um conjunto de fatores que interagem entre si e que podem potencializar ou não o nascimento prematuro. Destaca-se que tais estudos oriundos da medicina neonatal enfocam, sobretudo o desenvolvimento físico dos bebês prematuros, dando pouca ênfase ao seu desenvolvimento emocional. Na verdade, a prematuridade caracteriza-se por uma interrupção na gravidez e uma mudança no desenvolvimento do feto, com possíveis impactos em diferentes áreas do desenvolvimento da criança e também nas relações emocionais que se estabelecem com seus pais. Em particular a separação precoce mãe-bebê pode privar a dupla da oportunidade de estabelecer comunicações emocionais importantes para a díade e, em particular, influenciar o desenvolvimento emocional do bebê, como será destacado a seguir.

A experiência subjetiva do parto prematuro

Para Winnicott (1990), no momento do nascimento a termo já existe um bebê capaz de ter experiências e acumular memórias corporais, além de organizar defesas contra possíveis traumas que ameacem sua continuidade. Eles chegam ao momento do nascimento com capacidades individuais de lidar com grandes mudanças e se recuperar delas. Nesse sentido, para Winnicott (1990) o nascimento normal apresentaria três grandes características: o bebê experimentará uma interrupção em sua continuidade do ser, porém espera-se que ele já tenha a capacidade de superar essa intrusão e retomar seu desenvolvimento; o bebê já possui memórias de sensações que são características de seu self, já que os períodos de ser se sobrepõem aos períodos de reação à intrusão; espera que o parto seja o mais perto do normal, nem antecipado, nem prolongado. A partir disso, o Winnicott (1990) destacou a importância do bebê se sentir responsável pela mudança do estado intra-uterino para o de recém-nascido, já que ele encontra-se biologicamente pronto para a mudança. “Do ponto de vista do bebê” (Winnicott, 1990, pp. 166), ele foi o responsável por tal experiência.

Winnicott (1990) destacou ainda que, no caso dos bebês a termo, há um grande despertar na época próxima ao nascimento, fato este que não acontece com os bebês prematuros. O autor

apontou que o bebê prematuro se “mostra pouco capacitado a viver experiências como ser humano” (Winnicott, 1990, pp. 147). De acordo com o autor, o bebê nascido prematuramente ainda não está pronto para a vida; o tempo certo para o nascimento, do ponto de vista das necessidades emocionais do bebê e do preparo emocional da mãe, é o momento a termo, ou seja, com nove meses gestacionais completos (Winnicott, 1990).

“A continuidade do ser” (Winnicott, 1990, pp. 148) que é retomada com naturalidade pelo bebê a termo após o nascimento, poderá ser resgatada com mais dificuldade pelo bebê prematuro. A reação à intrusão de um bebê que não está pronto para nascer, nem do ponto de vista biológico, nem emocional, poderá significar uma interrupção em sua continuidade do ser. Caso a mudança, imposta pelo parto prematuro, seja mais intensa do que a capacidade do bebê de voltar à sua continuidade do ser, a reação acontecerá a partir de uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso seu (Winnicott, 1990). No caso de estágios mais avançados do desenvolvimento emocional, tais frustrações são esperadas, porém, neste momento, onde o bebê ainda não tem a capacidade de perceber o ambiente, este poderá ser vivenciado com ansiedades impensáveis de despedaçar-se (Winnicott, 1990). Nessa mesma direção, Druon (1997) destacou ser difícil saber em que momento os bebês prematuros tornam-se sensíveis o suficiente para retomar sua “continuidade do ser”. A autora referiu que o bebê precisaria atingir cerca de 2500g para que tivesse seu estado somático desenvolvido, para, então, conseguir interagir com o ambiente. No entanto, Steibel (2011) ilustrou que a “emocionalidade” (pp.16) destes bebês pode ser observada desde a mais tenra idade, através de seu próprio corpo (sensação-emoção).

Dentro deste enfoque, Winnicott (1990) enfatizou em sua teoria a importância da relação entre psique soma, atribuindo o sucesso do desenvolvimento emocional e biológico a um arranjo satisfatório entre essas instâncias. No entanto, no caso dos bebês prematuros, observa-se uma série de intrusões em seu corpo desde seu nascimento, além de privações emocionais vitais, o que poderá dificultar a instalação de sua psique no corpo.

Em relação à mãe, sabe-se que a sensação de perda que ocorre na mulher depois do parto prematuro poderá ter implicações bastante negativas, pois esse é um período sensível (Lebovici, 1987; Winnicott, 2006). Lebovici (1987) ressaltou que a impossibilidade de a gestante chegar ao final do terceiro trimestre de gravidez, o momento em que estaria mais pronta para o nascimento, acaba provocando uma situação complexa para aquelas que têm de enfrentar a gestação interrompida e confrontar-se com um bebê frágil. Segundo Lebovici (1987), o parto prematuro agrava a dor associada à separação mãe-feto que ocorre com todas as mães no parto.

O nascimento prematuro, principalmente nos casos dos bebês muito e extremamente prematuros, poderá trazer questões particulares e únicas para os pais e para os serviços de saúde.

Como exemplo de tais situações, pode-se pensar na hora do nascimento, onde os pais são separados abruptamente de seu bebê. Tal situação poderá ser vivenciada de forma estressante e traumática (Arnold et al., 2013).

Evidências empíricas sobre a vivência materna diante do parto prematuro podem ser ilustradas no estudo longitudinal de Black, Holditch-Davis e Miles (2008) realizado com 34 mães norte-americanas, que sofreram de pré-eclampsia durante a gestação e seus bebês extremamente prematuros (menos de 28 semanas gestacionais). Os resultados revelaram sentimentos ambivalentes presentes desde o pré-natal como os de desconfiança em relação à ultrasonografia, sintomas de desconforto da mãe não sendo levados em consideração pela equipe médica e comportamento de evitar olhar o feto durante exames do pré-natal. Após o parto prematuro, muitas mães não podiam ver seus bebês imediatamente e relataram ambivalência em olhar ou não para fotos tiradas do filho recém-nascido. Contudo, algumas descreveram um sentimento de alívio ao ver as fotos do filho, pois após acordarem da anestesia não sabiam se este estava vivo ou não. As mães destacaram que o suporte tecnológico da UTI Neonatal (equipamentos de oxigênio e tubos) dificultava o contato com o bebê, pois elas tinham medo de interagir com o filho, fato destacado com muita tristeza. Os relatos indicaram que a distância física impossibilitava a mãe de realizar sua maternagem, o que acabava gerando sentimentos de frustração nas mães.

Ainda dentro deste contexto, sabe-se que o nascimento prematuro poderá ativar na mãe fantasias de que seu interior é perigoso e hostil para o bebê que ali se encontrava (Lebovici, 1987). Pode acontecer, ainda, o inverso, sendo que mães com funcionamento mais projetivo irão considerar o bebê como responsável pela sua infelicidade. Dentro dessa visão, para Lebovici, as mães e os pais podem se sentir excluídos do que seria uma experiência gratificante depois de meses de gravidez. Assim, o que deveria ser uma lenta transição acaba sendo uma brusca passagem e os primeiros contatos mãe-bebê podem ser prejudicados. Frente a essas dificuldades, torna-se necessário discutirmos a seguir as primeiras experiências mãe-bebê prematuro.

As primeiras experiências subjetivas mãe/ambiente-bebê prematuro

O processo de tornar-se mãe e interagir com o filho envolve mudanças significativas na vida da mulher, sendo considerada uma transição que tem início na gestação e prolonga-se até os primeiros anos da criança. Nesse sentido, muitos autores psicanalíticos (Freud, 1914/1996; Klein, 1882/2006; Lebovici, 1987; Spitz, 2000; Stern, 1997; Winnicott, 1956/2000) têm destacado a importância dos primeiros encontros entre a mãe e o recém-nascido.

Em particular, Winnicott (2006) destacou que, o bebê quando nasce encontra-se em uma situação de dependência absoluta em relação ao ambiente, no qual precisa que sua mãe (ou outro cuidador que consiga representar este papel) seja capaz de compreendê-lo, adivinhar suas necessidades e auxiliá-lo a se integrar. Portanto, a função ambiental inicial se apresenta como um fator fundamental para que possamos entender o desenvolvimento emocional, já que, inicialmente, o ambiente constitui-se como uma parte deste bebê. Nesse sentido, não podemos descrever o bebê sem considerar o ambiente no qual ele se desenvolve.

De acordo com Winnicott (2006) a dependência ambiental é total após o nascimento, porém à medida que a mãe consegue ajudar o filho em seu desenvolvimento emocional, esta dependência tende a diminuir no decorrer do tempo. A partir dos últimos meses da gestação até alguns meses após o parto, a mãe passa a viver o que ele denominou de *preocupação materna primária*², estado no qual a mãe e o bebê recém-nascido possuem uma relação recíproca e complementar, podendo-se pensar que a mãe não existe sem o bebê e o bebê não existe sem a mãe (Winnicott, 1956/2000).

Na perspectiva winnicottiana, a relação primitiva mãe-bebê é um tema central para se apreender o desenvolvimento emocional do ser humano e este entendimento poderá ser transposto para a relação terapêutica no *setting* da clínica (Winnicott, 1954/2000). Inicialmente, o ambiente que circunda a criança pode se configurar de maneira a suprir suas necessidades, quando é suficientemente bom, proporcionando ao bebê alcançar as satisfações de suas necessidades físicas e emocionais (Winnicott, 1956/2000). Há situações, no entanto, em que este ambiente falha ou é impossibilitado de agir, como no contexto da prematuridade, o que poderá ser sentido como uma intrusão no processo de continuidade de ser da criança, distorcendo o desenvolvimento do bebê.

De acordo com Winnicott (2006), a base para todas as teorias sobre o desenvolvimento humano é a continuidade, que tem início antes do nascimento propriamente dito do bebê. Para que o potencial herdado seja desenvolvido em continuidade com a linha da vida, a presença de um ambiente facilitador é fundamental. O autor referiu que, inicialmente, o bebê ainda não estabeleceu uma divisão daquilo que ele denominou como não-EU e EU, não havendo, assim, um vínculo entre psique e corpo. Desta forma, o contexto especial dos relacionamentos iniciais

² Winnicott (1956/2000) chamou de *Preocupação Materna Primária* um estado psicológico muito especial da mãe, em que sua sensibilidade em relação ao filho torna-se exacerbada. Tal estado tem início ainda na gestação, sendo acentuado no seu final, estendendo-se até as primeiras semanas ou meses após o parto. Trata-se de uma condição fundamental da mãe para que o bebê tenha suas necessidades atendidas de maneira satisfatória, sejam elas quais forem, e possa, a partir daí, continuar se desenvolvendo. Desta forma, uma mulher que cuida de seu bebê, embalando-o, oferecendo-lhe o seio, consolando-o de suas dores, encontra-se preocupada.

faz com que o bebê venha a integrar-se, pois ao nascer este ainda não se diferencia do ambiente, isto é, para ele, o ambiente faz parte dele e vice-versa. Durante essa fase, a continuidade do ser é o produto da dedicação profunda da mãe, que encontra-se em *preocupação materna primária*, para com seu bebê.

Como descreveu Winnicott (1956/2000), a *preocupação materna primária* possibilita que o bebê caminhe em direção ao seu desenvolvimento. O autor destacou que o centro da gravidade do ser não se inicia com a criança, e sim com a díade mãe-bebê e que este irá se constituir a partir de uma sustentação e um manejo materno. Portanto, no início, o ser só é possível com o outro ser humano. Com o empréstimo do ego materno, que se encontra em *preocupação materna primária*, a mãe tem uma adaptação suficientemente boa às necessidades de seu filho, no ritmo próprio do bebê. Esse apoio materno funciona como uma concha protetora que, com o desenvolvimento do ego do bebê, vai sendo gradativamente retirada.

De acordo com Winnicott (1999), a mãe deverá estar disponível no tempo, não bastando estar fisicamente presente: ela deve estar pessoalmente bem, a ponto de manter uma atitude constante durante um período de tempo, permitindo que o bebê experimente suas ansiedades e as elabore em seguida. Winnicott (1945/2000) apontou a importância de um ritmo certo na relação mãe-bebê, que só pode ser dado pela mãe, mas que é determinado pelo bebê. Ilustrou que a capacidade materna de reconhecer a dependência absoluta do seu bebê em relação a ela e de conseguir desenvolver a *preocupação materna primária* é algo pertencente a uma sofisticação extrema. Dessa forma, ressaltou que é através da monotonia de suas ações que a mãe pode adicionar riqueza ao mundo de seu filho. Dias (2003) chamou a *preocupação materna primária* de bondade suficiente, da qual faz parte a espontaneidade e a pessoalidade da mãe no seu cuidado com o bebê, além da capacidade da mãe em acreditar que seu bebê está em processo de amadurecimento e que seu papel é facilitar tal processo. De acordo com a autora, o que o bebê precisa é da preocupação e dos cuidados de uma mãe real, que continua sendo, ela mesma, falível porque é humana, mas, acima de tudo, confiável.

Desta forma, o fornecimento de um ambiente suficientemente bom, na fase mais primitiva do desenvolvimento infantil, capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida (Winnicott, 1956/2000). Sem o fornecimento desse ambiente inicial suficientemente bom, esse EU pode nunca se desenvolver. Winnicott destacou ainda que quando prevalece o caos nesse processo de desenvolvimento, surge um falso EU, que esconde o EU verdadeiro, que acaba se submetendo às exigências, reage aos estímulos e se livra das experiências instintivas.

Nesse processo está implicada a base de saúde mental do indivíduo (Winnicott, 1999). O autor afirmou que o bebê logo que nasce é alguém que necessita de maternagem para que possa existir, referindo que onde encontramos o bebê encontramos a maternagem, e que sem a ela não existiria nenhum bebê. Dessa forma, o ambiente (que é representado pela mãe) é o fator que torna possível o desenvolvimento do *self* do bebê, aceitando a realidade como uma aliada nos processos maturativos da personalidade do indivíduo (Winnicott, 1999). É através destas comunicações silenciosas, como foram chamadas pelo autor, que a mãe passa a concretizar exatamente aquilo que o bebê está pronto para procurar. O autor exemplificou da seguinte forma: o bebê diz (sem palavras) que está precisando de alguma coisa; neste momento, a mãe faz algum gesto, como virá-lo de lado ou alimentá-lo, e o bebê poderá completar sua frase dizendo que precisava de uma mudança de posição, ou de alimento.

Dentro dessa visão, a primeira organização do ego deriva da experiência de ameaças de aniquilação que não chegam a se cumprir, e das quais o bebê se recupera (Winnicott, 1956/2000). É a partir dessas experiências, que a confiança na recuperação começa a transformar-se em algo que leva ao ego e à capacidade do ego de suportar frustrações. Neste contexto, o tempo é o tempo determinado pelo bebê, porém a mãe acrescenta um ritmo a esses momentos. De acordo com Winnicott, se a recuperação acontece dentro de um determinado período, o bebê volta a se sentir seguro, o ambiente lhe parece confiável e ele não precisa reagir. O que se torna problemático são as reações do bebê às intrusões ambientais e os fracassos na sua adaptação, que acabam produzindo uma quebra em seu movimento contínuo de desenvolvimento (Winnicott, 2006). O autor destacou que em um momento posterior a mãe deve frustrar o seu bebê, mas isso não deve acontecer de forma alguma nesse estágio tão primitivo.

Se há um ambiente facilitador e não invasivo em que a privação e a perda não são predominantes, então será possível que ocorra, no indivíduo, uma mudança da natureza do objeto. Quando o ambiente facilitador se instaura, o processo de amadurecimento do indivíduo se desenvolve no sentido de este passar a perceber o objeto não mais apenas subjetivamente, mas como um objeto distinto de si. De um fenômeno de ordem subjetiva, o objeto passa a ser objetivamente percebido (Winnicott, 1963/2007). Este processo pode levar meses ou mesmo anos, visto que para que o bebê passe a perceber o objeto subjetivo como objetivo é preciso que ele consiga absorver, sem distorções, as privações e perdas.

Para Winnicott (1963/2007), o que garante o desenvolvimento emocional e o equilíbrio diante das privações e perdas é o ambiente favorável, aquele em que as privações e perdas não predominam, apesar de existirem, propiciando ao bebê a experiência da onipotência. Ao

vivenciar a ilusão de onipotência possibilitada pelo ambiente suficientemente bom, o bebê cria e recria o objeto, em um processo gradual no seu psiquismo, que lhe serve de apoio na memória (Winnicott, 1963/2007).

Contudo, essas ideias de Winnicott foram desenvolvidas para contribuir para a compreensão da relação mãe-bebê a termo. Com relação a bebês nascidos prematuros, o autor apenas referiu em sua obra que pareciam existir diferenças nas necessidades emocionais de um bebê nascido a termo e um bebê nascido prematuro (Winnicott, 1999). Considerando as ideias de Winnicott, particularmente a importância da mãe e do ambiente para o desenvolvimento emocional, pode-se pensar que a situação imposta pela prematuridade poderá trazer particularidades para o desenvolvimento da relação mãe-bebê, especialmente durante a internação e frente a situações extremadas de prematuridade.

Um estudo de caso coletivo realizado pela autora deste projeto (Esteves, 2009; Esteves, Anton & Piccinini, 2011) investigou indicadores da *preocupação materna primária* em quatro mães de bebês prematuros moderados, com condições clínicas estáveis. Foi realizado um acompanhamento psicológico com as mães e, foram utilizadas duas entrevistas semi-estruturadas em dois momentos da hospitalização, que serviram como fonte de dados para o estudo: após o parto e na pré-alta hospitalar do bebê. Para fins de análise, foi desenvolvida uma estrutura de categorias derivadas do conceito e da teoria winnicotiana, assim como da leitura das entrevistas, envolvendo três categorias de análises: *Preocupação materna primária na gestação*, *Preocupação materna primária e o nascimento pré-termo* e *Preocupação Materna Primária no puerpério*. Os achados sugeririam que indicadores da condição descrita por Winnicott aconteceram nas quatro mães no final da internação do bebê, perto da alta hospitalar, ainda que com as peculiaridades que marcam o contexto da prematuridade. Por exemplo, durante as entrevistas e os atendimentos houve inúmeros momentos de forte comoção por parte das mães, o que mostrou a dor profunda que as acometia, já que relatavam não saber como se dedicar ao filho. Contudo, isso não significou uma interrupção deste estado e após alguns meses de internação, as mães pareceram assimilar melhor o contexto da prematuridade e alguns fatores positivos foram se sobressaindo no lugar das adversidades vivenciadas inicialmente. Entre estes, pode-se destacar a identificação das mães com o bebê, depois dos primeiros contatos; a realização das mães com os cuidados do filho; a sensibilidade frente às necessidades do bebê; e a percepção da dependência do bebê dos cuidados e da presença materna. Destaca-se que estes achados devem ser tomados com precaução, pois tratava-se de um grupo de prematuros moderados, sem problemas clínicos mais graves, além de ser um número pequeno de participantes.

Em relação ao bebê prematuro, este precisará enfrentar uma situação na qual é posto para fora do útero reconfortante de sua mãe de maneira abrupta, para um mundo para o qual ele ainda não estava preparado, sendo que sua sobrevivência vai depender de intervenções médicas, muitas vezes, invasivas (Mendelsohn, 2005). Um bebê que ainda não nasceu completamente poderia ser chamado de um “protobebê” (Moreira et al., 2011), ainda em desenvolvimento físico e emocional. Nesse sentido, parece haver um desencaixe na comunicação da díade no contexto da prematuridade, que pode ser bem exemplificado no momento da amamentação: a mãe com leite e desejando amamentar e o bebê nascido prematuro impossibilitado de mamar, pelo menos por alguns dias e semanas, até que a situação possa se inverter (Moreira et al., 2011).

O bebê precisará permanecer por longos períodos na incubadora, sob uma luz sempre muito clara e constante, em um ambiente sonoro barulhento (Busnell, 1997). Neste ambiente tão hostil é difícil para o bebê encontrar o carinho e o conforto que necessita. Com tudo isto, de acordo com a autora, vai demorar mais tempo para sentir o cheiro dos pais e para escutar novamente a voz destes, como ocorria com frequência na gestação, e ficará mais tempo privado do contato pele-a-pele, de carinhos e afagos vindos dos genitores. Busnell ilustrou que como todas as outras crianças, o bebê prematuro chora, mas, muitas vezes, por estar entubado, é difícil escutá-lo. É fácil observar seu desconforto, dor e estresse. Já no caso de um bebê nascido prematuro, o seu choro é um sinal excelente de força, pois este exige grande esforço da criança.

Em relação aos bebês extremamente prematuros, estes precisarão ficar na ventilação mecânica após o nascimento e terão seu ambiente familiar substituído pelo ambiente médico e técnico. Além disso, as discontinuidades do ambiente neonatal são frequentes, nas quais seu sono e homeostase estarão sempre sendo interrompidos (Druon, 1997).

Nesta complexidade que envolve o início da vida no contexto da prematuridade, no que se refere à separação brusca da mãe, devido aos cuidados que necessita, o bebê nascido prematuro será privado de quase tudo aquilo que um bebê nascido a termo recebe ao nascer em termos de cuidados parentais (Busnell, 1997). No entanto, é necessário ter muita tolerância com as mães de bebês nascido prematuros, pois, assim como o bebê, as capacidades maternas ainda estão em processo de maturação e sua preparação psicológica e física para a chegada do bebê foi antecipada (Brazelton & Cramer, 1992; Esteves, 2009; Esteves, Anton & Piccinini, 2011; Raphael-Leff, 1997; Steibel, 2011).

Neste campo, um estudo realizado por Steibel (2011) buscou, através da utilização do Método Bick de Observação, investigar as vivências primitivas de um bebê considerado extremamente prematuro no ambiente da UTI Neonatal. Participaram da pesquisa uma díade

mãe-bebê. Os resultados destacaram que a observadora/pesquisadora pode captar estados primitivos do bebê prematuro, através da experiência denominada por Winnicott (1969/1994) de mutualidade, através da qual a mãe e, no caso a observadora, podem fazer inferências e sentir um pouco do que o bebê sentia. Apesar da extrema debilidade do bebê, a observadora constatou que suas comunicações e impulsos puderam se ligar a algo, evidenciando o quanto ele se mostrava vivo. De acordo com a autora, é necessário fazer uso do próprio sensório para a recepção dessas comunicações, podendo, a partir disso, se conectar com o que o bebê sente e, assim, compreendê-lo melhor. Entretanto, destacou-se que as conexões entre o bebê e mãe/ambiente eram mais escassas do que as desconexões, sendo que a díade, muitas vezes, não conseguia achar meios de encontrar conexões. A autora referiu a importância de se compreender os sentimentos que os bebês prematuros causam nos que o cercam, o que contribui para metabolizar tais emoções. Nesse sentido, as mães e bebês nascidos prematuros teriam mais chance de encontrarem pessoas emocionalmente disponíveis para suportar a carga afetiva que o contexto da prematuridade pode trazer.

Da mesma forma como o contexto da prematuridade é difícil para o bebê, a mãe, precisará se adaptar a um bebê que não preenche suas expectativas de bebê ideal e cujo nascimento pode precipitar uma situação de crise. Um dos motivos dessa crise é o fato de que a mãe se depara com um bebê muito diferente de suas expectativas (Brazelton, 1998; Fleck, 2011; Klaus & Kennell, 2000; Lebovici, 1987). Neste momento, a mãe pode apresentar uma reação de luto pelo bebê imaginário que não teve e necessita de tempo e apoio para que possa aceitar seu filho real (Brazelton, 1998; Klaus & Kennell, 2000).

Na pesquisa realizada por Fleck (2011) foram investigados o bebê real e imaginário a partir da análise qualitativa dos relatos de quatro mães primíparas que tiveram bebês prematuros com muito baixo peso e extremo baixo peso. Entrevistas foram realizadas no pós-parto, pré-alta e no terceiro mês após a alta hospitalar. Os resultados apontaram para um maior confronto no pós-parto entre o bebê real e o imaginário, além de uma maior dificuldade por parte da mãe em elaborar o luto pelo bebê imaginário e adaptar-se ao bebê real. Na pré-alta e no terceiro mês após a alta, verificou-se que a mãe se aproximou mais emocionalmente e fisicamente do bebê real, elaborando o luto pelo bebê imaginário. Entretanto, o exercício da maternidade mostrou-se mais difícil devido a constantes preocupações com o filho e intensas exigências relacionadas ao desempenho materno. A autora concluiu que o nascimento prematuro é gerador de um intenso impacto emocional para as mães, o que poderá levar a mais dificuldades na adaptação da mãe às necessidades do filho.

Além disso, nas situações de extrema prematuridade, muitas vezes após o nascimento, por necessidade vital, é necessário transferir o bebê para um serviço de reanimação neonatal, onde ficará distante de sua mãe, o que dificulta ainda mais a relação à mãe-bebê (Druon, 1997). Nessas situações, a mãe sofrerá uma separação completa de seu filho prematuro nos primeiros momentos de sua vida. Isto tende a exacerbar o trauma, a ansiedade e o desgaste, próprios do nascimento prematuro, aumentando ainda mais o estresse dos pais (Druon, 1997; Mathelin, 1999; Mendelsohn, 2005).

Para compreender o que se passa emocionalmente com a mãe durante a hospitalização, muitos estudos empíricos vêm se dedicando a pesquisar a experiência materna no contexto da prematuridade (Arnold et al., 2013; Goutaudier et al., 2011; Shah, Clements, Poehlmann, 2011). Goutaudier et al. (2011) investigou a experiência de 27 mães de bebês muito prematuros durante a hospitalização. Foram aplicadas duas escalas, o *Impact of Events Scale* (IES-R) e o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), para avaliar estresse pós-traumático e sintomas depressivos no pós-parto, além de uma entrevista semi-estruturada. Os pesquisadores revelaram a presença de transtorno de estresse pós-traumático e depressão pós-parto nas mães. Em relação ao estado emocional das mães, foram evidenciados sentimentos de culpa, ansiedade, ambivalência em relação à criança, a equipe médica e receio na alta hospitalar da criança. Os resultados destacaram que o nascimento prematuro pode ser traumático e levar ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos. Além disso, esse estudo sugeriu a necessidade de desenvolver um apoio específico com foco na troca de experiências entre as mães com bebês prematuros, e intervenções que visem a prevenção de possíveis transtornos na relação mãe-bebê. Contudo, os autores sugerem que, considerando que se trata de um momento muito delicado, é necessário muita sensibilidade do terapeuta em sua abordagem, principalmente nos casos dos bebês extremamente prematuros. Eles também destacaram, que ainda não existe uma proposta que contemple todos os casos, justamente porque cada caso possui sua particularidade.

Dentro deste enfoque dos primeiros momentos mãe/bebê prematuro, um estudo qualitativo realizado por Arnold et al. (2013) teve como objetivo avaliar as primeiras experiências de 32 mães e sete pais de bebês muito prematuros na UTI Neonatal. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas durante a internação do bebê. A partir das entrevistas, cinco temas foram identificados. O primeiro tema, denominado *lembrança* descreveu uma recordação turva dos pais no momento do nascimento. O segundo, denominado *antecipação*, mostrou a expectativa de ver e tocar seu bebê pela primeira vez, momento caracterizado por emoções contrastantes, com alguns pais sentindo medo e outros animados sobre o evento. O terceiro tema, denominado *os primeiros momentos entre os pais e o bebê*, expôs a primeira

visita dos pais e o toque em seus bebês e sua “montanha russa” de emoções durante este episódio. Destacou também a importância do toque para fortalecer o vínculo mãe/ bebê. No entanto, alguns pais estavam preocupados que tocar ou segurar o bebê poderia transmitir alguma infecção ou interferir nos cuidados diários da equipe. O quarto tema, denominado *a UTI Neonatal*, capturou as impressões dos pais sobre a UTI Neonatal e como esta foi particularmente esmagadora para eles que nunca tinham entrado em uma UTI ou cuja primeira visão de seu bebê foi neste contexto. O quinto e último tema, denominado *experiências únicas dos pais*, ilustrou que muitos se sentiram excluídos e confusos sobre o seu papel de pais. Com base nesses achados, os autores sugerem uma “excursão preparatória” na UTI Neonatal antes do nascimento do bebê prematuro, com vista a diminuir tamanho choque no nascimento. Contudo, tal sugestão parece utópica, já que, na maioria dos casos, a prematuridade do filho é um evento inesperado, sendo que uma excursão na UTI pode não ser uma ideia que passa pela cabeça dos pais durante a gestação.

Utilizando-se de uma abordagem quantitativa, o estudo longitudinal realizado por Shah, Clements, Poehlmann (2011) explorou a associação entre o luto não resolvido de 74 mães sobre o nascimento prematuro de seus bebês e o apego do filho. Os bebês tinham idade gestacional abaixo de 32 semanas e as díades foram acompanhadas em três etapas: no momento da hospitalização e, quando a criança estava com 9 e 16 meses pós-termo. Os resultados apontaram a presença de risco relativo de desenvolvimento de apego inseguro até 9 meses do bebê, nas mães que apresentaram um luto não resolvido relacionado ao nascimento prematuro. No entanto, aos 16 meses do bebê tais sentimentos maternos de luto não apareceram e se sobressaiu o apego seguro mãe-bebê. Os autores concluíam que a resolução do luto sobre a experiência de nascimento prematuro e a qualidade das interações maternas têm implicações importantes para a segurança do apego emergente para crianças nascidas prematuramente.

A partir do exposto acima, percebe-se que nas mães de um bebê nascido prematuro as angústias esperadas para essa fase são mais acentuadas do que no contexto de nascimento a termo. Além disso, o desafio imposto é bem maior, pois além de ter que lidar com o luto e o trauma da descontinuidade que a prematuridade impõe, ainda necessitam lidar com o estresse desta situação e a separação precoce do filho. Assim, é plausível se pensar que poderá haver dificuldades na construção do vínculo inicial mãe-bebê, uma vez que o nascimento de uma criança prematuramente é visto como um choque afetivo, que pode ser vivido de maneira dolorosa e traumatizante (Druon, 1997; Mathelin, 1999; Mendelsohn, 2005). Neste contexto, é fundamental se compreender o ambiente da UTI Neonatal que acolherá essa mãe e seu bebê,

pois ele poderá ser determinante tanto para sua aproximação inicial, quanto para a retomada do desenvolvimento emocional do bebê.

O contexto da UTI Neonatal

Com relação a toda complexidade que envolve a prematuridade, outro aspecto a ser destacado diz respeito ao contexto da UTI Neonatal. A incubadora, inicialmente, poderá ter um efeito negativo nas mães, afinal, ela é a substituta inicial dos cuidados maternos. No entanto, a relação com ela poderá ser ambivalente para a mãe, pois ao mesmo tempo em que ela priva o contato com seu filho ela também cuida e preserva sua saúde. A literatura refere que embora esta seja fundamental para um bebê prematuro, o desafio maior por vezes é convencer a mãe disso (Mathelin, 1999). Para tanto, os esforços da equipe da UTI Neonatal devem ir ao encontro de facilitar o contato da mãe com o seu filho, apesar da incubadora.

Como discutido anteriormente, no estágio de desenvolvimento que encontram-se estes bebês, a importância do ambiente é fundamental. Inicialmente, o bebê encontra-se totalmente dependente dele, percebendo os objetos como parte de si mesmo, sem diferenciar-se (Winnicott, 1967/1975). Porém, na prematuridade, as necessidades vitais deste bebê dizem respeito à sua sobrevivência e bem-estar físico, ficando em segundo plano suas necessidades emocionais (Zornig, Morsch & Braga, 2004).

Ainda dentro desse contexto, para um observador que visite uma UTI Neonatal, a fila de solitários bebês evoca as perdas que estão ligadas à gravidez e à separação dos bebês de suas mães (Busnell, 1997; Druon, 1997; Mendelsohn, 2005). No caso das mães e pais, que já se encontram em um estado de ansiedade e preocupação, esta visão poderá afetá-los e assustá-los ainda mais. No entanto, destaca-se que ao se pensar no bebê nascido prematuro, é necessário pensar que ele deve ter seu desenvolvimento afetivo preservado e para que isso ocorra, ele necessita da presença dos genitores ao seu lado, como foi dito anteriormente (Busnel, 1997). Um bebê nascido prematuro tenderá a ser mais lento em sua apreensão do mundo e naturalmente os genitores e a equipe precisam ser preparados para isso com antecedência, de modo a não aumentar sua ansiedade natural e a não pressionar o bebê além de suas capacidades (Busnel, 1997).

Vale lembrar que cada prematuro tem seus próprios mecanismos e estratégias de autorregulação, de evitação e defesa, que podem ser empregados pela equipe e pela mãe de maneira ativa para manter seu equilíbrio (Busnel, 1997). Com isso, é função do ambiente e dos estímulos recebidos se adaptarem em intensidade, duração e complexidade aos limites de sensibilidade da criança. Destaca-se que o bebê nascido prematuro poderá interagir com o adulto somente ao

conseguir atingir um estado de equilíbrio, mas nem sempre isso é possível (Busnel, 1997). De acordo com Mathelin (1999), a equipe de saúde, para estar atenta à demanda do prematuro, também deve sofrer do mínimo de “*preocupação materna primária*”. No entanto, essa preocupação não deve desautorizar a função materna nem tornar o gesto incerto ou projetivo em relação ao bebê.

Agman, Druon e Frichet (1999) sugerem o conceito de “*preocupação médico-primária*”, que acontece quando a mãe “ocupa uma função mais médica que maternal” (Agman et. al., 1999, p. 27). Exemplos desta prática podem ser ilustrados através do comportamento de mães que permanecem ao lado da incubadora ou berço de seu filho e examinam minuciosamente o prontuário no qual são registradas informações clínicas sobre o bebê. Com frequência, pode-se ver essas mães nos posto de enfermagem buscando investigar mais achados médicos sobre seus filhos. Os autores colocam que com este comportamento dá-se a impressão de que elas estão deixando de lado os cuidados maternos, característicos da *preocupação materna primária*, para desenvolver uma *preocupação médico-primária*, que consiste em se ocupar unicamente de informações e condutas que são atributos dos profissionais de saúde. Assim, elas deixariam de se ater ao que seria, a priori, sua função: dedicar-se exclusivamente ao seu bebê, descobrindo suas competências e singularidades. Para os autores, a mãe de um bebê prematuro pode inclusive rivalizar com a equipe da UTI Neonatal, que, segundo seu julgamento, estaria completando um ciclo não concluído por ela, pois sua gestação foi interrompida. No entanto, para além do que foi destacado pelos autores acima, pode-se pensar também que ao assumir essa postura a mãe poderá estar tentando encontrar meios para se aproximar de seu bebê e que tal comportamento condiz com o contexto vivenciado por ela.

Enfim, a partir dos pressupostos apontados até o momento, pode-se pensar que para haver qualquer tipo de comunicação da mãe com seu filho nascido prematuro será necessário um gasto de energia muito maior por parte da dupla e do ambiente no qual eles encontram-se inseridos. A imaturidade e precariedade que envolve o estado geral do bebê, a distância posta pela internação e o fato desse bebê ser muito diferente daquele idealizado pela mãe durante a gestação são alguns dos fatores complicadores destacados pela literatura. Assim, observa-se que a prematuridade é tanto do bebê quanto de sua mãe, que se depara com a antecipação de sua função materna e ainda tem que encontrar forças internas para enfrentar essa difícil situação, em um momento em que ela mesma está emocionalmente e fisicamente fragilizada pelo próprio parto, que envolve muitas vezes cesárea. Com base nestas considerações, podemos pensar que estudar e investigar as vicissitudes do contexto da prematuridade é relevante para que se possa promover a saúde materno-infantil, em uma situação de intenso sofrimento. Neste contexto, é

importante que os profissionais da saúde implementem ações no sentido de facilitar os cuidados e desenvolvimento físico do bebê, a comunicação inicial deles e prover um ambiente de escuta mais acolhedor às mães.

Neste difícil contexto, os atendimentos realizados por equipes especializadas podem ajudar a mãe a encontrar caminhos para ressignificar esse bebê nascido prematuro. Tais propostas visam contribuir para uma aproximação da mãe e de seu filho, além de buscarem ajudar a mãe a dar um sentido à experiência da prematuridade vivida por ambos (Gomes, 2000; Mendelsohn, 2005). Segundo Gomes (2000), este bebê precisará do acolhimento não só da mãe, mas também de toda a equipe, e esta experiência lhe possibilitará um lugar de existência, o que é de fundamental importância para o seu desenvolvimento. A autora referiu que, pelo impacto da prematuridade inicial, as mães terão dificuldades para estabelecer uma relação de identificação com seu filho, sendo importante que as intervenções realizadas investiguem o que poderá possibilitar ou não uma aproximação e, posteriormente, uma comunicação com este bebê.

Na verdade, a reação dos pais ao nascimento prematuro media os riscos de efeitos adversos tardios na criança, o que sugere a importância de se adotar medidas preventivas nestas situações (Miljkovich, Pierrehumbert, Karmaniola & Halfon, 2003). Assim, os atendimentos psicológicos têm uma importância fundamental, uma vez que podem reconstruir um espaço de interlocução na relação mãe-bebê, promovendo a existência psíquica dessa relação e, conseqüentemente, o desenvolvimento do bebê.

Nessa situação, espera-se que tais atendimentos ajudem na construção de uma base mais segura para o desenvolvimento da relação mãe-bebê, para que a continuidade no desenvolvimento possa ser retomada. Nesse sentido, serão detalhas algumas intervenções em UTI Neonatal com base psicanalítica, para, posteriormente, apresentarmos uma proposta baseada na clínica winnicottiana voltada à mãe e seu bebê, durante a internação do bebê na UTI Neonatal.

Atendimentos psicanalíticos na UTI Neonatal em situação de prematuridade

Diversos tipos de propostas de atendimentos psicanalíticos têm sido utilizados para atender mães de bebês prematuros que se encontram internados em UTIs Neonatais. Tais intervenções partem do pressuposto de que é necessário ajudar a mãe a encontrar caminhos para ressignificar esse bebê, pois só a partir daí, ela poderá se aproximar dele e dar um sentido à experiência da prematuridade vivida por ambos (Mendelsohn, 2005; Szejer, 1999). Para além do que foi exposto pelas autoras, acredita-se que proposta de ajudar a mãe a “ressignificar” seu

bebê extremamente prematuro, que ainda não conquistou nem condições físicas para sua sobrevivência, parece, por vezes, utópica, ou mesmo invasiva. Esse bebê encontra-se em um estágio de pré-dependência, que se caracteriza pelo nível mais primitivo do amadurecimento humano e ainda não é um parceiro da mãe, pois não tem condições mínimas para se sustentar.

Druon (2011) sugeriu a ocorrência de um trauma, uma “explosão vulcânica psíquica” (Druon, 2011, pp.42), na qual os pais necessitam de um mínimo de elementos de sustentação. Nestes casos, o atendimento é focado muito mais na sustentação e utilizam a função de *holding*, descrita por Winnicott (1963/2007), do que necessariamente na interpretação (Agman, et al., 2011; Druon, 2011) ou ressignificação. Dadas às características do nascimento prematuro, autores tem destacado que ele se assemelha a um trauma psicológico (Agman et al., 2011; Druon, 2011; Mendelsohn, 2005) na estrutura psíquica da mãe.

Do ponto de vista do bebê, Winnicott (1969/2007) referiu o trauma como uma ruptura na continuidade da vida, como citado anteriormente. Trata-se, para ele, de um acontecimento que diz respeito à preservação e continuidade do si mesmo numa relação inter-humana. Segundo ele, um trauma é aquilo contra o qual o indivíduo não possui uma defesa organizada, de maneira que este é invadido por um estado de confusão, seguido, muitas vezes, por uma reorganização de defesas. Tais defesas podem ser mais primitivas das que existiam antes da ocorrência do trauma. Ao tratar da comunicação silenciosa na experiência de mutualidade entre as mães e seus bebês, Winnicott (1969/2007) também especifica o que ele considera como traumático: “A comunicação silenciosa é uma comunicação de confiabilidade que, na realidade, protege o bebê quanto a *reações automáticas* às intrusões da realidade externa, com estas rompendo a linha da vida do bebê, dando lugar a traumas” (Winnicott, 1969/2007, pp. 201). É importante destacar que o que o autor entende por trauma depende do momento em que a criança está no seu processo de crescimento, um desenvolvimento que vai da dependência absoluta em direção à independência relativa, da primeira infância para maturidade plena. Trata-se, para Winnicott, de considerar diversos sentidos do que se entende por trauma, referindo cada um deles a uma etapa do processo de amadurecimento. Na primeira, a mais grave dos traumas, é aquela que tornará impossível ou precária a organização do si mesmo e a estruturação da personalidade. Para Winnicott (1965/1994), esse tipo de trauma corresponde a uma falha do ambiente no atendimento à necessidade básica do bebê: a de ser e continuar a ser. Esse tipo de falha prejudica a realização das tarefas básicas do processo de amadurecimento: a integração temporal e espacial do bebê, o estabelecimento da parceria psique-soma e a constituição do si mesmo. Como no presente estudo pretende-se estudar a primeira fase do processo de amadurecimento, a autora não irá se deter nas demais fases. É importante destacar

que toda sua teoria do amadurecimento de Winnicott foi construída a partir da experiência de bebês a termo.

Retomando as propostas de atendimentos no contexto do nascimento prematuro, seus principais objetivos são acolher a mãe no seu desamparo, fornecer um *holding* (Winnicott, 1963/2007). As intervenções devem ser caracterizadas pela precocidade, não pela precipitação (Agman et al., 2011), já que a clínica não deve avançar muito rápido nos atendimentos, respeitando e tendo sensibilidade para os limites emocionais da paciente. A principal função do terapeuta não seria de interpretação da transferência e contratransferência, mas sim de *holding* do paciente (Agman et al, 2011; Druon, 2011; Winnicott, 2001), fornecendo um apoio ao paciente, buscando diminuir a ansiedade materna diante da situação de internação e, facilitando a aproximação inicial da mãe-bebê prematuro (Agman et al, 2011; Druon, 2011).

Em relação à função do terapeuta na UTI Neonatal, Moreira et al. (2011) destacaram que para entrar neste ambiente, o terapeuta deveria utilizar seu corpo-psiquismo como ferramenta. Nesse sentido, o profissional vivenciará, assim como o bebê e a mãe, sentimentos de angústia, invasão e não compreensão. Para que todos esses sentimentos sejam entendidos e elaborados, as autoras referiram a importância dos pilares do tripé psicanalítico para ingressarem terapêuticamente neste lugar, a saber: tratamento pessoal, supervisão e conhecimentos teóricos. Segundo as pesquisadoras, a forma de comunicação presente neste contexto é primitiva e caótica, destituída de simbolismo, sendo necessário que o terapeuta lance mão de seu próprio corpo para as vivências sofridas da UTI Neonatal. Nesta situação, a terapeuta assume uma função organizadora, uma referência e continuidade para a mãe, frente a este estado de indistinção e caos. Em meio a tanto caos, as autoras constataram que a principal ferramenta de trabalho do terapeuta deverá ser sua presença constante e uma postura continente, não intrusiva para mãe e para o bebê, que possa oferecer mais do que palavras e, assim, construir um ambiente acolhedor.

Já em relação aos atendimentos com as mães neste ambiente, procurando entender o impacto traumático do nascimento de bebês extremamente prematuros nos sentimentos maternos, particularmente com relação à capacidade de *reverie* (Bion, 1991) da mãe, Mendelsohn (2005) investigou casos em que esse trauma incapacitava a mãe de conseguir interpretar seu bebê. A autora explicou, que a capacidade de *reverie* acontece quando a mãe consegue captar intuitivamente o que se passa com o filho; é aquilo que “puxa” a mãe ao encontro de seu bebê com curiosidade para descobri-lo, decifrá-lo e responder às suas necessidades com sensibilidade. Nesse sentido, a mente da mãe funcionaria como um recipiente

para os sentimentos do bebê e sua experiência (Mendelsohn, 2005). Essa capacidade, segundo a autora, está profundamente transformada no contexto da prematuridade.

Mendelsohn (2005) focou sua atenção na experiência do bebê, juntamente com as vicissitudes dos sentimentos e da mente materna, destacando as tentativas de comunicação do bebê e as tentativas maternas de recuperar sua proximidade com seu bebê nascido prematuro. A autora fez uso da observação e realizou atendimentos com base psicanalítica. As díades começavam a ser acompanhada imediatamente após o nascimento do bebê, pois segundo a pesquisadora, esse é o momento em que o nível de ansiedade e o medo estão mais elevados, sendo possível intervir diretamente nas percepções da mãe sobre o bebê e sobre ela mesma. O atendimento consistia no psicoterapeuta prover um espaço ambiental e mental, no qual os sentimentos e pensamentos maternos podiam ser expressos. Estes deveriam ser suportados e contidos pela terapeuta. As observações diretas da díade acrescentavam qualidade aos atendimentos, pois durante estes momentos a psicoterapeuta encorajava a mãe a interagir com seu bebê e a recuperar sua capacidade de *reverie*. Os resultados destacaram a efetividade do tratamento do trauma, dando suporte às mães para restabelecer sua conexão essencial com o bebê prematuro.

Contudo, diferente do enfatizado por Mendelsohn (2005), é possível pensar que o terapeuta deverá ter muita cautela ao “encorajar” a mãe na aproximação inicial do seu bebê. Primeiramente, como já destacado acima, pensa-se que no caso de bebês extremamente prematuros, o foco principal não é a interpretação, pois este bebê ainda não dá sinais a serem interpretados, muito menos a nível mental. Além disso, inicialmente, as mães nem sempre podem se aproximar muito de seu bebê, pois ele necessitava da mãe-máquina para sua sobrevivência, lutando para conquistar suas funções vitais, como respirar sozinho. Provavelmente, algumas mães, nem se sentirão a vontade do lado da incubadora e no ambiente da UTI Neonatal, devendo-se pensar com sensibilidade o que poderá ser terapêutico para elas neste momento.

Outro tipo de atendimento psicanalítico, em UTI Neonatal foi proposto por Szejer (1999). A pesquisadora utilizou parte da teoria winnicottiana para entender o que se passava com as mães dos bebês prematuros e propôs um tipo de atendimento a partir disso. Para ela, as mães encontravam-se no estado de *preocupação materna primária*, porém, toda a devoção característica dessa condição, acabava caindo em um vazio, já que a mãe não sabia como se dedicar ao seu bebê. A autora aplicou uma proposta denominada “atendimento sistemático” (Szejer, 1999, pp. 61), no qual explicava para as mães que seus filhos precisavam, mais ainda do que os bebês nascidos a termo, da presença dos genitores. Szejer destacou que esses bebês

prematturos, ainda mais que os outros, são sensíveis a essa presença e a reconhecem. O atendimento proposto estimula a aproximação da díade, ajudando as mães a perceberem os sinais de comunicação dos filhos. O objetivo era dar o máximo de subsídios às mães, para que estas pudessem aproveitar os momentos de concentração de seu filho, estimulando-as a exercer sua *preocupação materna primária*.

Contudo, diferente do proposto por Szejer (1999), acredita-se que “estimular” a mãe a exercer sua *preocupação materna primária* vai de encontro à teoria do amadurecimento de Winnicott (1956/2000). Como já foi abordado anteriormente, tal estado não pode ser ensinado ou estimulado, bem pelo contrário, a mãe deverá, no tempo dela e do bebê, passar a viver tal condição. Assim, pensa-se que a mãe não saberá a qual bebê se dedicar, já que ele ainda não é um parceiro.

Uma abordagem proposta por Mathelin (1999), destacou que as mães dos bebês prematturos buscam a qualquer preço uma explicação, uma causalidade para este nascimento, com o propósito de estabelecer um vínculo psíquico. A autora ressaltou que tentar consolar estas mães neste momento não serve para nada, a não ser para deprimi-las ainda mais. A autora defendeu que apoiar a mãe é permitir-lhe sofrer de *preocupação materna primária*, apesar da tecnologia da UTI Neonatal. A autora exemplificou o trabalho do terapeuta como sendo aquele que proverá a escuta benevolente, o contato pele a pele e o acolhimento do bebê e da mãe através da fala. Segundo a autora, o trabalho a ser feito com as mães é sempre de elaboração do luto, da perda e da separação do seu filho. Os atendimentos devem ser no sentido de fazer com que a mãe consiga simbolizar a falta e assim, retirar o filho, simbolicamente, da situação difícil em que se encontra e projetá-lo sobre um futuro possível (Mathelin, 1999). A autora também destacou que o analista deve fazer com que a mãe entenda que tem participação na sobrevivência do filho.

Contudo, diferente de Mathelin (1999) acredita-se que tal proposta deverá ser ponderada pelo analista, já que, no caso de prematturos, o óbito é frequente e fazer a mãe acreditar que é responsável pela sobrevivência do filho pode ser perigoso. Tal postura poderá gerar uma culpa desnecessária em uma momento extremamente delicado.

Examinando-se conjuntamente as propostas descritas acima, tem-se a impressão de que eles parecem ter sido feitos pensando-se em um estágio do desenvolvimento emocional posterior ao que encontramos em uma UTI Neonatal. Isso decorre do fato de eles, por vezes, defenderem a conversa da mãe com seu bebê, o contato pele a pele, a função “hiper materna”, entre outras. No caso dos bebês extremamente prematturos, tais propostas nem sempre podem ser aplicadas, seja com a mãe ou com o bebê, pelas razões já descritas acima. Dessa forma, o

presente estudo se propõe a investigar as contribuições da teoria winnicottiana sobre o desenvolvimento emocional nos estágios primitivos para a clínica no contexto da prematuridade, que a nosso ver, relativiza as ênfases das propostas descritas acima.

Nesse sentido, para que se conheça um pouco mais as ideias de Winnicott sobre atendimentos terapêuticos, com enfoque principal nos estágios primitivos, destaca-se a seguir, especificamente a técnica desenvolvida por Winnicott (1947/2000; Winnicott, 1999) para o contexto da clínica analítica e que será adaptada pela autora para o contexto da prematuridade.

A clínica winnicottiana para os estágios primitivos

Para compreender a clínica winnicottiana, mais especificamente para este estudo, a dos estágios primitivos, é preciso recorrer ao modo como Winnicott (2006) conceitua em sua teoria os aspectos presentes na conquista da saúde e da autonomia do indivíduo e suas primeiras relações. Importante destacar que o autor trabalhou com diversas clínicas baseadas na teoria do amadurecimento, que variaram conforme a natureza do distúrbio psíquico dos seus pacientes.

Parte-se do pressuposto que a teoria winnicottiana do amadurecimento orienta toda prática clínica e serve como base teórica para o diagnóstico do paciente em atendimento, ou seja, a prática clínica é regida pela perspectiva teórica do autor (Dias, 2014; Winnicott, 1969/2011). Assim, teoria e prática caminham juntas com o intuito de compreender as necessidades do paciente. Além das necessidades do paciente, o que determina e conduz o trabalho clínico winnicottiano é a natureza do distúrbio que se apresenta (Dias, 2008). A autora ressaltou que tal aspecto só pode ser compreendido investigando-se o processo de amadurecimento pessoal do indivíduo. Essa teoria, segundo Winnicott (1969/2011, pp. 241) é a “espinha dorsal” de seu trabalho teórico e clínico.

Tais ideias se sustentam na experiência de desenvolvimento emocional, que se inicia numa condição de total dependência do bebê em relação ao seu ambiente, inicialmente representado pela mãe. Vários desses conceitos envolvendo o processo inicial da relação mãe/bebê foram apresentados no capítulo anterior e, por isso, não são retomados aqui, embora sejam fundamentais para se entender a clínica winnicottiana. Mesmo não retomando a totalidade da teoria, é importante destacar que sua ênfase é nos estágios iniciais do amadurecimento, pois seria nesse momento que se construiriam os alicerces da personalidade e da saúde psíquica (Dias, 2008).

Como referido anteriormente, as principais tarefas deste estágio contemplam a integração no tempo e no espaço, a habitação da psique no corpo, o início das relações objetais e a constituição do si-mesmo. Tais tarefas, que caracterizam os estágios iniciais, jamais se

completam, perduram até a morte e são fundamentais por toda a vida do indivíduo (Dias, 2008). Importante destacar que sua origem inicial ainda não é instintual, mas sim de natureza identitária, que está intimamente ligada a necessidade individual de existir, sentir-se real no mundo e estabelecer-se como uma identidade unitária (Dias, 2008).

Com base no pensamento de Winnicott, Naffah Neto (2007) referiu ser possível depreender a ideia de que a experiência é fundamental para o amadurecimento do ser humano. Segundo Safra (2005) cada nova experiência muda a posição da pessoa no mundo e na relação com os outros, ou seja, a cada momento há um novo reposicionamento na existência pessoal. Desse modo, a experiência de terapia torna-se uma nova oportunidade de amadurecimento emocional do indivíduo (Safra, 2005).

Para Winnicott (1967/2007) a natureza do distúrbio psíquico que será trabalhada na clínica está relacionada ao estágio do amadurecimento em que alguma dificuldade surgiu. O autor destacou que é fundamental investigarmos na clínica qual o estado de imaturidade ou maturidade relativa que o indivíduo se encontrava e qual a natureza da tarefa que ele estava envolvido nesse momento no qual aconteceu o fracasso ambiental. Dias (2008) destacou que tal fato ocorre, mais precisamente, quando o bebê perdeu a esperança em se comunicar com o ambiente, já que algo essencial lhe faltou para continuar seu desenvolvimento e ninguém estava disponível para tentar entender suas necessidades primordiais. A confiabilidade ambiental falhou e não foi capaz de proteger o bebê das discontinuidades que são vivenciadas como ameaças de aniquilação.

Seguindo os pressupostos winnicotianos, Dias (2003) argumentou que a mãe suficientemente boa é o paradigma do terapeuta na clínica winnicottiana. Assim, para Winnicott (1947/2000) a postura adotada pelo terapeuta deve ser de tolerância e confiabilidade, como uma mãe devotada ao seu bebê. Nesse sentido, o terapeuta deve saber reconhecer suas necessidades e querer dar o que o paciente realmente necessita, principalmente na terapia de pacientes que necessitam de regressão ao estágio de dependência. Ele deverá estar disponível física e emocionalmente para seu paciente (Winnicott, 1953a/2000; Winnicott, 2001), assim como uma mãe suficientemente boa. Nesse sentido, o ambiente protetor e contínuo torna-se mais importante que as interpretações (Winnicott, 1955-6/2000). O terapeuta e seu comportamento representam o contexto, que por ser suficientemente bom e fornecer confiança, consegue suprir as necessidades do paciente (Winnicott, 1955-6/2000). O ambiente da clínica suscita esperança no paciente, já que o terapeuta se adapta as suas necessidades primordiais, para que este retome seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 1955-6/2000).

Assim, alguns critérios para diagnóstico dos distúrbios psíquicos são fundamentais para entendermos o que o paciente necessita na clínica (Dias, 2014). Existem dois tipos de distinção que devem ser levados em conta: o primeiro, é a diferença entre primitivo e profundo. Profundo estaria vinculado ao intrapsíquico, quando existe uma realidade psíquica pessoal, formada por fantasias inconscientes e conteúdos reprimidos; enquanto que o primitivo necessita ainda de um certo grau de amadurecimento para conseguir atingir a etapa do profundo (Dias, 2014). O que se passa com o bebê nos estágios iniciais refere-se ao primitivo, sendo plausível se pensar que ele ainda é raso, sem profundidade, sendo que precisa de tempo para armanezar experiências (Dias, 2014). Segundo Winnicott (1967/2011), alguns funcionamentos de ordem psicótica parecem pertencer ao primitivo, enquanto que as psiconeuroses pertencem ao profundo.

As experiências chamadas de primitivas correspondem ao estágio de dependência absoluta e sua natureza é pré-verbal, pré-representacional e pré-simbólica (Dias, 2014). Quando tudo ocorre bem nesta fase, tais experiências serão esquecidas e não reprimidas, fazendo parte do que Winnicott (1990) chama de inconsciente geral ou primário, que é diferente do inconsciente reprimido (representado quando o indivíduo já alcançou a integração em uma identidade e possui uma realidade psíquica pessoal). Para a preservação da natureza do que é primitivo não se pode descrevê-lo com as mesmas categorias dos estágios mais avançados, muito menos cuidar na clínica destes pacientes da mesma forma que as psiconeuroses (Dias, 2014).

O segundo critério diz respeito a diferença entre psique e mente. Inicialmente, temos um indivíduo formado pela psique e o soma, que irão integrar-se gradualmente em uma unidade. Porém, tal integração só será possível se as experiências iniciais forem satisfatórias (Winnicott, 1990; Dias, 2014). A mente é um aspecto do funcionamento da psique-soma, especializado nas funções intelectuais e sua formação tende a acontecer na passagem da dependência absoluta para a relativa (Dias, 2014; Winnicott, 1990).

Assim, pode-se pensar que a psique é mais primitiva e mais ampla que a mente (Dias, 2014). Quando a mente começa a exercer suas funções, a psique já trabalha a muito mais tempo nas funções de elaboração imaginativa das sensações, sentimentos e funções corporais (Dias, 2014). Dessa forma, quando o mental tem início, o bebê já aprendeu muita coisa pelas experiências, sejam elas boas ou não, de forma que já existe um saber primitivo contruído a partir da relação com o ambiente (Dias, 2014). Retomando a clínica, mas especificamente a questão da interpretação, quando um paciente encontra-se em um estágio primitivo, em que as palavras não provocam sentido, não deve-se focar o trabalho no funcionamento mental. A interpretação na clínica winnicottiana será melhor aprofundada posteriormente.

Diante do entendimento da natureza do amadurecimento do indivíduo, Winnicott (1967/2011) fundamenta a importância do diagnóstico para a clínica. Assim como a distinção entre profundo e primitivo, a distinção entre psicose e psicose é fundamental, pois exige entendimento da natureza do amadurecimento e da abordagem clínica de forma totalmente diversa. Dias (2008) segue teorizando que a natureza do distúrbio está conectada também com o tipo de patologia materna/paterna que é responsável pelo ambiente traumatizante. O terapeuta começará a entender a origem do distúrbio que acomete o indivíduo através da pré-história do paciente, que abrange a vida intra-uterina, o nascimento, o período imediatamente subsequente ao nascimento e suas vivências no estágio de dependência máxima, até seus primeiros anos de vida (Dias, 2014). A classificação winnicottiana dos distúrbios psíquicos segue um critério maturacional, e não sintomatológico (Dias, 2014). Isto nos leva ao seguinte: distúrbios com sintomatologias muito semelhantes podem ser de diferentes naturezas, conforme o ponto de origem do distúrbio (Dias, 2014). Nesse sentido, na clínica, é fundamental que pensemos “em termos do indivíduo que se desenvolve” (Winnicott, 1960/2011, pp. 64). De acordo com o autor, uma das maiores dificuldades do terapeuta é conseguir entender qual a idade emocional de seu paciente e, a partir desse entendimento, compreender a natureza do problema que o indivíduo está enfrentando. Só a partir desse diagnóstico do distúrbio psíquico, será possível fornecer os cuidados específicos de acordo com suas necessidades (Winnicott, 1960/2011). Naturalmente, haverá diferentes tipos de distúrbio psicótico segundo a etapa, dentro dos estágios iniciais, em que o bebê foi traumatizado pelas falhas ambientais.

Uma das questões de maior relevância para a clínica winnicottiana consiste em que, na análise de qualquer tipo de paciente, à medida que o trabalho prossegue e a confiabilidade se estabelece, a possibilidade de uma psicose aparecer, ou de elementos psicóticos emergirem, nunca pode ser excluída, em princípio, pois “pode-se sempre descobrir que há uma psicose por baixo de todas as outras coisas” (1990, p. 185). A psicose subjacente pode surgir justamente, na situação analítica, em virtude da confiabilidade ambiental.

Winnicott (1960/2007) discorreu a respeito de alguns passos importantes para um terapeuta:

Descobri que o paciente necessita de fases de regressão à dependência dentro da transferência, resultando em experiências do efeito total da adaptação à necessidade, que, na verdade, baseia-se na capacidade do analista (a mãe) de identificar-se com seu paciente (seu bebê). No decorrer desse tipo de vivência, há a experiência suficiente de fusão com o analista (a mãe) a ponto de permitir que o paciente viva e se relacione sem precisar recorrer aos mecanismos identificatórios de fusão e projeção. Em seguida ocorre o doloroso processo de separação do objeto em relação ao sujeito. O analista torna-se separado e é posto fora do alcance do controle onipotente do paciente. A sobrevivência do analista à destrutividade, que se segue após a essa mudança, e que dela faz parte, leva ao surgimento de algo novo, a saber, o uso do analista pelo paciente, e o início de um novo relacionamento baseado na identificação cruzada. O paciente pode agora começar a se colocar imaginariamente na pele do analista, e (ao mesmo tempo) é possível, e

bom, que o analista possa sentir-se na pele do paciente a partir de um certo lugar, isto é, tendo seus próprios pés calçados no chão. (p.138)

Nos pacientes que apresentam distúrbios de caráter primitivo (Dias, 2014) parte-se do pressuposto de que a provisão ambiental e o *holding* físico e emocional são funções cruciais (Winnicott, 1999; Winnicott, 1960/2007), as quais serão mais bem explicitadas a seguir, juntamente com as outras funções do terapeuta. O terapeuta permanece atento ao paciente, esperando o gesto dele, em contato, sustentando a situação. É isso que faz Winnicott afirmar que com pacientes em estágios de regressão o "trabalho que estou descrevendo, o contexto torna-se mais importante que a interpretação. A ênfase é transferida de um pólo para o outro" (Winnicott, 1955-6/2000, p. 395).

Seguindo a linha teórica winnicotiana, Avellar (2004) sinalizou que, por vezes, a interpretação verbal não se mostra como a estratégia mais eficaz para a comunicação entre o terapeuta e o paciente. É pertinente que as atitudes lúdicas acompanhem a interpretação, de maneira a fornecer um *setting* de acordo com o que o paciente necessita (Avellar, 2004). Dias (2008), também defendeu que na clínica winnicotiana, a interpretação nem sempre se configura como a característica central da análise e, em situações de falhas em etapas primitivas da vida, busca-se estabelecer a confiança no ambiente. O terapeuta não seria aquele que decifra elementos inconscientes, mas aquele que, pela sua presença, propicia uma experiência de comunicação e de contato com o paciente. Essa comunicação não é verbal, mas sim, profunda e silenciosa, que tem origem a partir da confiabilidade do paciente no terapeuta. Nesse sentido, mesmo uma interpretação correta, no sentido tradicional, pode extrapolar a maturidade emocional do paciente naquele momento (Dias, 2014).

Nesse sentido, entende-se que a interpretação deve ser algo criado/encontrado pelo paciente (Winnicott, 1975). Assim, o terapeuta deve abster-se de realizar interpretações precoces, permitindo que o próprio paciente as formule. Estas podem ser caracterizadas como sendo, muitas vezes, experimentações ou especulações, detectadas pelo paciente em expressões, tais como: "Eu acho que; talvez; será que; ou parece que" (Little, 1992). De acordo com a autora, a interpretação winnicottiana tem a qualidade da ilusão, ou seja, o paciente acaba por criar o que já estava ali para ser encontrado. O terapeuta trabalha pela espera, pela não ação precipitada, procurando respeitar o ritmo de cada paciente. De acordo com Dias (2014), a interpretação na clínica winnicottiana é considerada manejo e cuidado, não se atento primordialmente ao conteúdo em si do que é interpretado. Nesse sentido, trata-se mais de uma comunicação entre terapeuta e paciente.

Outro ponto interessante na teoria winnicottiana refere-se ao tempo. O tempo, aspecto fundamental do amadurecimento emocional humano, foi trazido para a terapia por Winnicott (1965/2007), no sentido do terapeuta adaptar-se ao tempo do paciente. Assim, o terapeuta deixa o paciente seguir seu próprio tempo e adapta-se a ele, permitindo que o paciente seja ele mesmo e viva um ritmo próprio (Little, 1992). O tempo é um aspecto significativo do desenvolvimento emocional e, para isso, deve estar registrado na área de experiência da pessoa. Diante disso, Winnicott trouxe uma grande contribuição “Hoje, desejo dizer: após ser, fazer e deixar-se fazer. Mas, ser antes de tudo” (Winnicott 1975, p. 75).

A propósito, Mello Filho (2001) postulou que a situação terapêutica confere um ritmo, pois há no *setting* o início, o desenvolvimento e o término. Para esse autor, o ritmo – na perspectiva winnicottiana – relaciona-se diretamente com os fenômenos transicionais. Assim, a transicionalidade caracteriza-se pelo ritmo de vaivém entre a criança e a mãe, entre o terapeuta e o paciente, o que abrange tanto o ritmo biológico de cada um como os vários ritmos originados nas relações psíquicas de cada um dos envolvidos.

Em consonância com essas ideias Forlenza-Neto (2008), considerou que o terapeuta deve privilegiar a criatividade em seus variados níveis, de maneira que não haja uma paralisação do criar em decorrência da análise. Para o autor a técnica winnicottiana recolocou a questão do lugar do analista, bem como a constituição do sujeito psíquico em sua relação com um ambiente facilitador.

Tal ambiente facilitador e criativo pode ser representado pela brincadeira. Como princípio, o terapeuta sempre permite que se introduza a diversão antes de se usar o conteúdo para interpretações (Winnicott 1977/1987). Conforme Winnicott destacou (1977/1987), o valor da espontaneidade e da diversão na terapia surgem através da relação terapeuta/paciente. O autor ressaltou que a terapia acontece na sobreposição entre duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. Assim, a terapia consiste na brincadeira entre duas pessoas (Winnicott, 1967/1975). De acordo com ele, a brincadeira com crianças na terapia se aplica a clínica de adultos também, somente é mais difícil descrevê-la quando o material trazido pelo paciente é mais verbal. Nesse sentido, certas atitudes no contexto terapêutico, são consideradas manifestações do brincar, tais como: o modo de falar, as inflexões na voz e o uso do humor.

Como referido anteriormente, os fenômenos transicionais fazem parte da terapia com adultos. É importante destacar que os objetos transicionais acontecem através dos fenômenos transicionais, os quais ajudarão a criança a construir sua capacidade de estar só e brincar, além da aptidão de discernir o que está dentro, mundo interno, do que está fora, mundo externo (Winnicott, 1951/2000). Após sua descateixização, estes tornam-se difusos, de modo que

acabam relegados ao limbo. Nesse sentido, os fenômenos transicionais espalham-se em um lugar intermediário, entre a realidade interna e o mundo externo, que é representado pela cultura. A terapia winnicottiana poderá favorecer a expansão do brincar em casos em que um adulto não consegue utilizar a sua área de brincar em outros âmbitos, como o da cultura (Winnicott, 1967/ 1975).

No que concerne à questão da comunicação na relação terapêutica, Coelho Jr. e Barone (2007) afirmaram que a privacidade do paciente deve ser respeitada, pois a autenticidade e a vitalidade no *setting* analítico winnicottiano são advindas do equilíbrio entre a comunicação e a não comunicação. Defenderam que a presença confiável, humana e não invasiva do terapeuta propicia ao paciente a comunicação de suas experiências significativas, bem como permite a manutenção de um núcleo do *self* privado. Assim, o manejo adequado do *setting* passa a ser essencial.

As atitudes presentes no modo como o terapeuta trata seu paciente e que se expressa no contexto do atendimento são chamados por Winnicott de manejo (Winnicott, 1953/2000; Winnicott, 1954/2007; Winnicott, 1956/2000; Winnicott, 1959/2007; Winnicott, 1963/2007). De acordo com Loparic (2011), o manejo consiste na prática pela qual Winnicott revolucionaria a clínica psicanalítica. No tratamento por manejo o relacionamento paciente-terapeuta não é pautado na interpretação, mas sim numa série de atitudes e providências, que incluem: a confiabilidade do analista, a regularidade ambiental, a capacidade do analista de reconhecer seus erros e decisões.

A função terapêutica de *holding* encontra-se entre os principais componentes do manejo na clínica e relaciona-se com a integração da personalidade do paciente. A função de *holding* poderia ser comparada ao que Winnicott (1999), chama de *devoção materna*, como mencionada acima, que se caracteriza por uma dedicação profunda da mãe para com seu bebê, sendo traduzida numa adaptação sensível e ativa às suas necessidades. A provisão ambiental de *holding* é confiável, porém não mecanicamente confiável; ela torna-se confiável por implicar um tipo de empatia sutil e sensível da mãe. É através do *holding* suficientemente bom que o bebê torna-se capaz de integrar a experiência e desenvolver um sentimento de “EU SOU” (Abram, 2000). Nesse sentido, um *setting* winnicottiano deve prover um ambiente suficientemente bom e confiável, compatível com as necessidades de cada paciente. Uma vez atingido tal objetivo, o paciente, caso seja sua necessidade, poderá regredir, para depois retomar seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 1954/2000). Dentro da função de *holding*, a relação analítica deve considerar a integridade do paciente ao tentar suprir suas necessidades, respeitando-o como ser humano, com seus próprios desejos (Abram, 2000).

Desse modo, o terapeuta deve propiciar um ambiente confiável ao paciente. O que Winnicott (1956/2000) concebe como *ambiente* consiste numa totalidade de cuidados que são definidos em função do processo maturacional do paciente, ou seja, são pautados nas necessidades próprias de cada etapa do desenvolvimento emocional. São esses aspectos que definirão o modo como o analista cuidará de seu paciente e o manejo a ser utilizado. A base e a totalidade do tratamento consistem nesse manejo, ou seja, nos cuidados que serão proporcionados ao paciente. O manejo também pode compreender a manutenção de um silêncio, a não imposição de posturas específicas, isto é, dar a liberdade do paciente simplesmente estar ali ou fazer o que lhe parecer importante (Winnicott, 1958/2007). Assim, o que é oferecido garante um ambiente que atenda às necessidades do paciente, isto é, um ambiente em que as intrusões são mantidas à distância. A aliança do analista nesta proposta terapêutica não é o EU SOU do paciente (seu ego), mas o verdadeiro si-mesmo, a sua espontaneidade (Loparic, 2011). É importante destacar que é através desses cuidados iniciais propiciados pela terapeuta que emergirá o verdadeiro si-mesmo do paciente e que, somente este, pode ser tratado na clínica winnicottiana (Dias, 2014; Loparic, 2011; Winnicott, 1958/2007; Winnicott, 1990).

É importante destacar que o ponto central nessa discussão sobre manejo e interpretação na clínica winnicottiana, não é simplesmente deixar o paciente à vontade para fazer o que quer ou realizar caprichos através da terapia (Khan, 2000). Segundo o autor, o manejo corresponde ao fornecimento de um ambiente adaptado, que faltou e falta ao paciente em seu processo de desenvolvimento. Somente quando o manejo for adequado para o paciente, é que a interpretação poderá ter algum valor terapêutico (Khan, 2000). O manejo e a interpretação, na maioria das vezes, andam juntos no processo terapêutico, ajudando e facilitando a experiência de vida do paciente (Khan, 2000). Ou seja, qualquer pessoa, mesmo a mais razoavelmente estruturada, pode precisar ou querer ser analisada desde que algumas coisas primordiais sejam fornecidas, entre elas, a certeza de não ser invadido em seu núcleo secreto e incomunicável (Dias, 2014).

Porém, o setting difere quando falamos em pacientes com funcionamento primitivo e pacientes neuróticos. Os últimos não necessitam da regularidade e previsibilidade da clínica com patologias psicóticas, já que indivíduos considerados neuróticos já usufruíram de tal devoção e isso foi introjetado (Dias, 2014). Ainda assim, nos dois tipos de distúrbios, para que a comunicação aconteça, é fundamental que o analista, assim como a mãe suficiente boa, só encontre o bebê/paciente quando este estiver pronto e esboçar que ali está havendo uma comunicação que necessita de resposta (Dias, 2014).

Justificativa e objetivos do estudo

Diante do que foi discutido acima, pode-se constatar a complexidade e importância dos pressupostos da clínica winnicottiana, principalmente aquela proposta para os estágios primitivos. O presente estudo, partiu do pressuposto de que as mães dos bebês prematuros encontravam-se em um estado de retraimento e sensibilidade exacerbada, característico dos últimos meses de gestação denominado de *preocupação materna primária*, já descrito anteriormente. Além disso, dadas as características do nascimento prematuro, autores destacaram que ele se assemelha a um trauma psicológico (Agman et al., 2011; Druon, 2011; Mendelsohn, 2005) na estrutura psíquica da mãe, o que poderá levá-la, temporariamente, a um estado mais regressivo. Além disso, como foi abordado anteriormente, do ponto de vista da teoria winnicottiana, o bebê prematuro também seria exposto a um trauma com o nascimento prematuro, já que não estaria psicologicamente e fisicamente pronto para essa experiência. Dessa forma, a escolha da clínica winnicottiana para os estágios primitivos vai ao encontro das necessidades da mãe e seu bebê, que, poderão precisar de um *holding* emocional e de um ambiente confiável, no qual ficarão afastados, tanto quanto possível, das instruções de uma UTI Neonatal.

Assim sendo, o presente estudo teve por objetivo investigar as contribuições dos princípios e da técnica da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade, e suas especificidades, considerando a internação do bebê na UTI Neo. Em particular, se investigou as contribuições deste atendimento para a diminuição do sofrimento psíquico e conflitos da mãe relacionados ao bebê.

A expectativa inicial do estudo era de que a clínica winnicottiana contribuiria para dar um *holding* emocional e uma provisão ambiental suficientemente boa para a mãe e seu bebê, diminuindo o sofrimento psíquico e os conflitos da mãe relacionados ao nascimento prematuro do bebê. Acreditava-se ainda, que estes benefícios iriam se estender para a relação mãe-bebê, em particular para o envolvimento e comunicação da mãe com o bebê, favorecendo o seu desenvolvimento emocional.

CAPÍTULO II

MÉTODOS

Participantes

Participaram desse estudo duas mães e seus bebês nascidos prematuros. Os casos foram indicadas pela psicóloga responsável pela UTI Neo de um hospital público de Porto Alegre. As mães tinham idade entre 20 e 25 anos apresentavam nível sócio-econômico baixo, sendo que as duas tinham Ensino Médio incompleto. As mães eram primíparas, sendo que a mãe do Caso 1 não residia com o pai da filha e a mãe do Caso 2 tinha uma união estável com o pai das filhas.

Os bebês eram extremamente prematuros, pela idade gestacional. Foram excluídos os bebês que apresentaram: qualquer tipo de má-formação congênita; impedimentos significativos do sensório; meningites e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

No Caso 1, a mãe Mayara³ tinha 20 anos e sua bebê (Estefani) havia nascido com 27 semanas gestacionais e pesava 1020 gramas. No Caso 2, a mãe Alice, tinha 21 anos e suas filhas gêmeas (Camila e Catarina) haviam nascido com 27 semanas gestacionais e pesavam 1010 gramas e 1600 gramas, respectivamente. As famílias eram de nível socioeconômico (NSE) baixo. A Tabela 1 apresenta características socioeconômicas e clínicas dos participantes.

Tabela 1. Características clínicas e socioeconômicas das participantes

Mãe	Idade (anos)	Bebê	Peso ao nascer (gramas)	Semanas gestacionais	Tempo de internação (dias)	NSE
Mayara	20	Estefani	1020	27	81	Baixo
Alice	21	Camila Catarina	1010 1600	27	49	Baixo

No Caso 1 (Mayara e Estefani), além de atender os critérios da pesquisa, tais como ser uma mãe primípara e a bebê ter nascido extremamente prematura, a indicação para atendimento deu-se devido aos sintomas de tristeza, estresse e cansaço apresentados pela mãe. Além disso, havia relatos de conflitos da mãe com o pai de Estefani desde a gestação e um profundo conflito família; ademais apresentava sentimentos extremamente ambivalentes relacionados a filha e a rede social que a cercava. No Caso 2 (Alice, Camila e Catarina), a mãe também era primípara e as bebês nascidas extremamente prematuras. Para além dos critérios do estudo, Alice apresentava cansaço físico e mental, tristeza, abatimento e estresse devido a prematuridade das

³Todos os nomes foram trocados, para evitar identificação dos participantes.

filhas. Acrescentando a isso, a mãe referia conflitos com o marido, que começaram após o nascimento das filhas.

Cabe ressaltar que, no total, quatro mães receberam atendimento clínico winnicottiano pela autora. No entanto, em decorrência das limitações de tempo e de restrições quanto ao tamanho desta tese, apenas dois casos foram incluídos no presente estudo. Estes casos foram escolhidos por apresentarem uma boa oportunidade de aprendizado (Stake, 2006), ao retratarem a prematuridade de um ou dois filhos, por apresentarem diversidades em termos de estrutura e organização psíquica das mães, conflitos e demandas familiares. Além disso, também representam especificidades na aplicação da clínica winnicottiana e os alcances da técnica no contexto da prematuridade e de internção em uma UTI Neo, os quais serão descritos detalhadamente no Capítulo III.

Delineamento e procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 2006), de caráter longitudinal, a fim de investigar as contribuições dos princípios e da técnica da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade, e suas especificidades, considerando a internação do bebê na UTI Neo. Em particular, se investigou as contribuições deste atendimento baseado nos pressupostos da clínica winnicottiana para a diminuição do sofrimento psíquico e conflitos da mãe relacionados ao bebê. Para além de se compreender em profundidade cada caso, em um segundo momento, buscou-se também examinar as eventuais semelhanças e particularidades entre eles.

As mães e bebês que atenderam os critérios desse estudo foram indicadas pela psicóloga responsável pelo atendimento psicológico na UTI Neonatal e, posteriormente, convidadas a participar do presente estudo. O acompanhamento teve início no Caso 1, 17 dias após o nascimento da bebê e no Caso 2, 6 dias após o nascimento das gêmeas. Todas as mães selecionadas assinaram o *Termo de consentimento livre e esclarecido*.

Na sequência as mães e as bebês participaram do *Atendimento baseado nos pressupostos da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade*, que para o Caso 1 teve a duração de 13 atendimentos e para o Caso 2, de 8 atendimentos. Após cada atendimento era feito o *Relato clínico do atendimento*, que era levado semanalmente para *Supervisão dos atendimentos*. No decorrer dos atendimentos, as mães também foram entrevistadas para o preenchimento da

Ficha de dados demográficos da família, que investigou as características sócio-demográficos dos familiares e A *Ficha de dados clínicos gestacionais* e da *Ficha de*

dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto, com dados clínicos da gestação, parto e do bebê prematuro. As entrevistas foram realizadas por outra pesquisadora da equipe.

Na pré-alta hospitalar do bebê, foi novamente preenchida a *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pré-alta*. Igualmente, na fase da pré-alta hospitalar do bebê, as mães foram convidadas a responder a *Entrevista de avaliação da intervenção*, que também foi realizada por outra pesquisadora da equipe.

Os atendimentos com as mães e todas as entrevistas foram gravados em áudio e posteriormente transcritos, para fins de análise. Outros diálogos com a mãe, assim como observações da interação mãe-bebê e do bebê na UTI Neonatal, além de outros aspectos não-verbais observados pela autora do presente estudo, foram registrados no *Relato clínico do atendimento*.

Todos os atendimentos foram realizados por mim, autora do presente estudo, durante o seu doutorado, no qual expandiu seus estudos iniciados no mestrado, que focaram no estado de *preocupação materna primária* em mães de prematuros moderados. Eu sou psicóloga, tenho formação em andamento no Centro Winnicott de São Paulo e possuo Residência em Psicologia Hospitalar pelo Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre.

Atendimento e Instrumentos

Atendimento baseado nos pressupostos da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade: os atendimentos realizados no presente estudo tiveram como base a teoria e a clínica winnicottiana, descrita em detalhes no Capítulo I. Buscando seguir tais pressupostos, a postura adotada pela terapeuta foi de tolerância e confiabilidade. A partir disso, partiu-se da hipótese que a provisão ambiental e o *holding* emocional (Winnicott, 1963/2007) são funções primordiais da terapeuta, o que corresponderia ao que uma mãe suficientemente boa comumente faz para seu bebê (Winnicott, 1956/2000). Assim, transpondo as ideias de Winnicott para o contexto da prematuridade, entendeu-se que a terapeuta deveria estar disponível física e emocionalmente para a mãe e o bebê e ter a capacidade de acolher o sofrimento das mães. Na clínica winnicottiana, o ambiente protetor e contínuo torna-se mais importante que as interpretações, o que parece adequado para o contexto da prematuridade, onde as mães encontram-se no período pós-parto, com extrema sensibilidade, acentuada pelo nascimento prematuro. A terapeuta deveria ser o fator constante ambiental (Winnicott, 1961/1987) para elas, o qual seria suficientemente bom e forneceria confiança, suprimindo as suas necessidades. Além disso, a terapeuta deveria respeitar o ritmo de cada mãe e seu bebê, não adotando uma postura intrusiva. Nesse sentido, esperava-se que o que seria oferecido pela terapeuta garantisse

um ambiente que atendesse às necessidades das mães, em que as intrusões seriam mantidas à distância, na medida do possível.

A base e a totalidade dos atendimentos no contexto da prematuridade consistiram no manejo, que correspondeu à função terapêutica expressa nos cuidados que a terapeuta proporcionou à mãe e ao bebê, e da qual fez parte, entre outras, o *holding* (Winnicott, 1966/2006) que adaptado para o contexto da prematuridade, caracterizou-se pela dedicação sensível e ativa da terapeuta às demandas das mães e do bebê, além de fornecer um apoio constante, o que pode garantir uma proteção psíquica à mãe e seu bebê. A manutenção do silêncio (Winnicott, 1958/2007), correspondeu a não imposição de posturas específicas, isto é, a possibilidade de deixar a paciente simplesmente estar ali, em um ambiente seguro e acolher seu sofrimento. Outra característica do manejo, que foi aplicada no contexto hospitalar da prematuridade, foi o acompanhamento, por parte da terapeuta, do ambiente social e familiar do paciente, com orientações precisas de ações, sobre a internação hospitalar, contato com outros profissionais da área da saúde, quando isso se fez necessário.

No contexto da prematuridade e de internação na UTI Neo, o *setting*, não foi idêntico ao que ocorre na clínica winnicottiana, e sim adaptado para as condições do bebê, da mãe e da UTI Neo. Assim, os atendimentos foram realizados tanto em sala de atendimento individual, como junto a incubadora, ou em diferentes ambientes pelos quais a mãe e sua família passavam, seja no bloco cirúrgico, UTI Neonatal, ambulatório e sala de procedimentos. Todos os atendimentos realizados na sala individual foram gravados e, após o término do atendimento, a terapeuta também fazia um *Relato clínico do atendimento*, que incluía o registro das impressões e sentimentos da terapeuta, além de observações sobre o bebê e a mãe. Quando o atendimento não era realizado na sala individual, ele não era gravado, e a terapeuta realizou ao final do encontro, apenas o *Relato clínico do atendimento*.

Dado o contexto complexo da prematuridade e da internação na UTI Neonatal, priorizou-se o *setting* interno e externo como componente terapêutico (Winnicott, 1954/2000) e fornecimento de confiabilidade e continuidade (Winnicott, 1975) por parte da terapeuta. A duração de cada atendimento também variou, dependendo da necessidade e da possibilidade de atendimento, no dia e hora agendados, já que no hospital as questões médicas, como exames, procedimentos, precisam ser sempre priorizadas (Simonetti, 2004). Nas situações de crise, as sessões podiam durar mais tempo e, em outros momentos, seguia o padrão de 45-60 minutos. Sua frequência semanal também foi variável, de acordo com a intensidade e os riscos inerentes de cada bebê participante (Aguiar, 1998). De forma geral, a proposta inicial foi de realizar pelo menos um atendimento semanal individual com a mãe, de duração aproximada de 45-60

minutos, além de acompanhar diariamente o quadro clínico do bebê, buscando dar suporte às mães nos eventuais momentos de agravamento da situação clínica do filho. Assim, a frequência dos atendimentos foi determinada, em parte, pelas demandas de cada caso, sendo que quanto mais grave o estado de saúde do bebê, maior a frequência e duração dos atendimentos. Em caso de necessidade, atendeu-se a mesma mãe mais de uma vez no mesmo dia. Por outro lado, quando o bebê melhorava, os atendimentos podiam ser mais espaçados. As mães continuaram sendo acompanhadas até que o bebê recebesse alta da unidade, o que, nos casos atendidos variou entre um a três meses de internação. Considerando todas estas questões, não foi possível prever e definir de antemão um número fixo, mínimo ou máximo de atendimentos, que obviamente variou entre os casos.

Relato clínico do atendimento: consistiu na descrição cuidadosa de todos os atendimentos, com destaque para os sentimentos e impressões da terapeuta e observações a respeito do bebê e da mãe. Os relatos eram feitos após o término de cada atendimento, seja na Sala de Atendimento, na UTI Neo ou nos corredores do hospital. Os relatos eram levados para *Supervisão dos atendimentos*.

Supervisão dos atendimentos as supervisões foram realizadas semanalmente pelas supervisoras clínicas, Nara Caron, psicanalista didata, com longa experiência em atendimentos pais-bebê, junto com a professora doutora Rita de Cássia Sobreira Lopes, profunda conhecedora e estudiosa da teoria winnicottiana. Os relatos clínicos dos atendimentos eram levados para supervisão, durante as quais, era avaliada tanto a indicação terapêutica, como o foco, o manejo e a maneira como os atendimentos deveriam ser encaminhados. Eram também supervisionados os aspectos não-verbais, assim como os sentimentos transferenciais e contratransferenciais surgidos nos atendimentos. Todas as supervisões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para fins de análise.

Ficha de dados demográficos da família (NUDIF/PREPAR, 2009a): visou obter alguns dados demográficos, tais como idade da mãe e do companheiro, escolaridade, profissão, estado civil, existência de outros filhos, religião, tempo de trabalho, número de moradores da casa e nível sócio econômico. Cópia no Anexo B.

Ficha de dados clínicos gestacionais (NUDIF/PREPAR, 2009c): essa ficha foi preenchida com base nas informações disponíveis nos prontuários do bebê e no da mãe, bem como nas

informações verbalizadas pela mãe. Foram registradas as informações sobre o acompanhamento pré-natal, exames realizados, dados sobre a saúde da gestante e indicações da equipe que a acompanhou. Cópia no Anexo C.

Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto (NUDIF/PREPAR, 2009b): foi utilizada para se registrar informações iniciais sobre o bebê (ex. APGAR, idade gestacional, peso ao nascer, comprimento), bem como sobre sua evolução fisiológica diária (ex. peso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura). Estas informações foram obtidas junto ao prontuário e através das enfermeiras e/ou médicos da UTI Neonatal. Cópia no Anexo D.

Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pré-alta (NUDIF/PREPAR, 2009b): trata-se da mesma ficha usada no pós-parto, mas adaptada para o período de pré-alta, destacando, em particular, a evolução do bebê durante a hospitalização. Cópia Anexo E.

Entrevista de avaliação da intervenção (NUDIF PREPAR, 2011): trata-se de uma entrevista que buscou investigar as contribuições dos princípios e da técnica da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade, e suas especificidades, considerando a internação do bebê na UTI Neo. Em particular, se investigou as contribuições deste atendimento para a diminuição do sofrimento psíquico e conflitos da mãe relacionados ao bebê. Tal instrumento foi aplicado por outra pesquisadora da equipe, após o término dos atendimentos. A entrevista é composta por cinco blocos de questões, incluindo os seguintes temas: 1) sentimento em relação aos atendimentos; 2) percepção quanto às mudanças após o atendimento; 3) satisfação com o atendimento; 4) percepções quanto a mudança em relação ao bebê; 5) percepção do vínculo com a terapeuta. A entrevista é estruturada, mas foi realizada de forma semi-dirigida. Anexo F.

Considerações éticas

A Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012) estabelece os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes de uma pesquisa. Esperava-se que as participantes do presente estudo teriam benefícios na medida em que recebessem atendimento psicológico. Além disso, os resultados da pesquisa poderão reverter em benefícios para outros pacientes e seus familiares, ao proporcionar um melhor entendimento sobre atendimentos clínicos no contexto da prematuridade na UTI Neonatal. As

mães que não participaram do presente estudo, receberam o atendimento de rotina oferecido pelo Serviço de Psicologia do Hospital onde o estudo foi realizado.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelas participantes. Nele, constaram os objetivos da pesquisa, bem como o modo de participação. Foram asseguradas a confidencialidade e privacidade tanto em relação aos dados obtidos, quanto ao anonimato dos participantes. Além disso, foi assegurada total liberdade para a participação ou não no estudo, assim como a possibilidade de retirarem seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem que isso interferisse no tratamento médico e psicológico prestado no hospital.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (protocolo 512.422) e do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (protocolo 534.779).

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar as contribuições dos princípios e da técnica da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade, e suas especificidades, considerando a internação do bebê na UTI Neo. Em particular, se investigou as contribuições deste atendimento para a diminuição do sofrimento psíquico e conflitos da mãe relacionados ao bebê. A expectativa inicial do estudo era de que o manejo utilizado na clínica winnicottiana contribuiria para dar um *holding* emocional e uma provisão ambiental suficientemente boa para a mãe e o bebê, diminuindo o sofrimento psíquico e os conflitos da mãe relacionados ao nascimento prematuro. Acreditava-se ainda, que estes benefícios iriam se estender para a relação mãe-bebê, em particular para o envolvimento e comunicação da mãe com o bebê, favorecendo o seu desenvolvimento emocional.

Para fins de análise do processo clínico e suas contribuições, os atendimentos com as mães sozinhas, ou acompanhadas das filhas foram inicialmente gravadas em áudio e relatadas cuidadosamente pela pesquisadora para serem discutidas semanalmente com as supervisoras clínicas dessa tese. Ao longo do atendimento, as sessões que haviam sido gravadas foram transcritas literalmente e revisadas pela pesquisadora. Após cada atendimento, a pesquisadora gravou seus próprios relatos de como havia se sentido após o encontro. Quando o atendimento não ocorria na sala individual, a terapeuta realizava um relato pós-atendimento gravado em áudio. Tal relato descreveu o atendimento, assim como as impressões e sentimentos da terapeuta. Além disso, a pesquisadora também realizou relatos a respeito de seus sentimentos e impressões a respeito do ambiente da UTI Neonatal. Por fim, se reuniu todo o material proveniente das sessões (i.e. relatos e transcrições das sessões), assim como as anotações derivadas da supervisão clínica do caso. Este material foi então lido e relido buscando-se entender o processo da clínica em profundidade e de forma processual.

Uma das ênfases da análise foi examinar o processo da clínica (Brum et al, 2012), com destaque para o manejo utilizado nas sessões, com base nos conceitos winnicotianos de *holding*, manipulação, apresentação de objetos, além do *setting* das intervenções. Os conteúdos transferenciais e contratransferenciais suscitados durante os atendimentos, também foram analisados. Para atingir tal objetivo, o material do caso foi organizado, separadamente, em forma de relato clínico. Esta forma de análise é usualmente utilizada na clínica psicanalítica e também em pesquisas da área por permitir uma escrita privilegiada, rica em detalhes verbais e não verbais e que produz efeitos, tanto em quem relata, quanto em quem escuta (Epstein, 2011).

Inclusive, o grupo de pesquisa do qual a autora participa faz uso deste instrumento em seus estudos (Bossi, 2017; Caron & Lopes, 2014; Caron & Lopes, 2015a, 2015b; Caron, Lopes, & Donelli, 2013; Caron, Lopes, Steibel, & Donelli, 2012; Dornelles, 2009; Fleck, 2015; Leão, 2012; 2016; Mousquer, 2013; Polli, 2016; Ribeiro, 2012; Sehn, 2016; Sonogo, 2015; Steibel, 2011, 2015; Sehn, 2016; Steibel, Caron, & Lopes, 2014), sendo comprovada sua importância para a pesquisa científica. Dessa forma, o relato clínico permite que o pesquisador se aprofunde nos dados e insira em sua análise suas expectativas e subjetividades (Mordcovich, 2011).

Inicialmente, a autora fez um relato do ambiente do hospital no qual as mães e seus bebês prematuros estavam internados, assim como os sentimentos e impressões da pesquisadora ao adentrar neste local. Acredita-se que este breve relato é muito importante, pois a questão ambiental (UTI Neo, equipe, funcionamento do hospital, procedimentos e regras) tende a influenciar diretamente a relação mãe/bebê e a própria terapeuta. Após o relato, a análise dos casos foi realizada separadamente, a partir de dois conjuntos de dados. O primeiro foi constituído pelo material proveniente das sessões da clínica através dos relatos e das transcrições das sessões, bem como das observações, impressões e sentimentos transferenciais e contra transferenciais da terapeuta durante as mesmas, discutidos em supervisão. O segundo conjunto de dados analisados foi composto pelo material produzido a partir da supervisão das sessões, por parte da terapeuta e da supervisora, o qual contribuiu para a compreensão psicodinâmica do caso.

Igualmente, foram considerados os relatos das mães sobre seus sentimentos e impressões sobre a maternidade e sobre o bebê. Os comportamentos maternos no contexto da prematuridade, bem como as fantasias da mãe, lembranças da própria infância e os modelos de pais também foram analisados. Com relação ao bebê, foram destacadas as suas manifestações, especialmente na interação com a mãe, baseadas nas observações da terapeuta, ou na descrição destas interações feitas pelas mães. Estes aspectos serão destacados na medida em que forem relevantes para se entender a dinâmica dos casos, e, em particular as mudanças que ocorreram ao longo do atendimento, permitindo avaliar as contribuições da clínica proposta pela pesquisadora no contexto da prematuridade.

Para ilustrar o processo do atendimento clínico baseado nos pressupostos winnicottianos para o contexto da prematuridade, são apresentadas a seguir as falas, diálogos e situações diversas ocorridas nas sessões. Buscando a compreensão dos atendimentos, o relato clínico destacou a seguir os principais momentos que envolveram os encontros com as mães e os bebês. As falas foram, por vezes, transcritas literalmente, outras vezes referidas no próprio relato

clínico. O material proveniente das transcrições literais foi colocado em itálico para facilitar a sua identificação.

A apresentação dos resultados começa pela seção *Impressões e sentimentos sobre o ambiente da UTI Neo*, que incluiu a minha entrada no hospital e na UTI Neo, os primeiros contatos com a equipe e com as mães e bebês prematuros, seus sentimentos e impressões. Após, apresenta-se a *Caracterização da família*, que incluiu as informações mais relevantes sobre a família, breve história da gestação e do nascimento do bebê prematuro. Em seguida, apresenta-se a *Clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade*, atendimento por atendimento, onde foram destacados os principais aspectos do processo e as mudanças ocorridas, os desafios encontrados e os impasses, juntamente com as particularidades da técnica. Após a apresentação de cada caso, foi realizada uma *Discussão do Caso*, à luz da literatura, a qual incluiu o entendimento dinâmico do caso, a descrição das principais contribuições da clínica e as especificidades da técnica identificadas no processo.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO GERAL

Esse capítulo propõe uma discussão geral, à luz da literatura, dos principais achados dos dois casos apresentados nesta tese, que participaram dos atendimentos clínicos no contexto da prematuridade. Tais atendimentos realizados tiveram como base a teoria e a clínica winnicottiana. Tendo em vista que as particularidades de cada caso já foram apresentadas e discutidas o Capítulo III, prioriza-se aqui as semelhanças entre os atendimentos, com destaque para as contribuições do atendimento clínico e da técnica em si.

Em relação às contribuições do atendimento baseado nos pressupostos da clínica winnicottiana, como foi detalhado no Capítulo III, as evidências revelaram os seus benefícios para as duas mães e seus bebês, mesmo considerando as diferenças nas características e conflitos que cada caso apresentava. No primeiro caso, por exemplo, a mãe mostrou-se extremamente regressiva, fragilizada e desorganizada, apresentando problemas graves na relação com sua bebê, além de dificuldades psíquicas em seu desenvolvimento emocional com a presença de sintomas importantes. Já no segundo caso, a mãe e as bebês mostravam-se mais organizados emocionalmente, com uma estrutura de ego mais fortalecida e uma possibilidade de se vincular mais sólida. Mesmo com particularidades tão acentuadas, as evidências sugerem que ambos os casos, em menor ou maior grau se beneficiaram dos atendimentos baseados na clínica e teoria winnicottiana. Estes achados corroboram com o descrito na literatura sobre essa modalidade de atendimento. Segundo Khan (2000) e Abram (2000) os encontros analíticos podem fluir baseados em uma intimidade e confiabilidade, na medida em que o terapeuta consegue estar na relação terapêutica por meio de um manejo de *setting*, que de forma semelhante às tarefas exercidas pela mãe ao apresentar o mundo para seu bebê, exerça as funções de *holding*, não-intrusividade e, silêncio. Tais funções garantiriam ao analisando percorrer o caminho em busca de seu gesto espontâneo e de sua integração.

Algumas contribuições semelhantes para as mães participantes do presente estudo, puderam ser observadas a partir da análise do processo dos atendimentos. Em ambos os casos, porém no Caso 2 com mais ênfase, o atendimento clínico caracterizou-se, principalmente, pela escuta mais acolhedora, ajudando, nesse sentido, as mães a falarem sobre os seus sentimentos envolvendo a maternidade, a relação familiar e conjugal, as dificuldades nos cuidados e na rotina com as bebês. Com isso, aconteceu um alívio dos sentimentos de culpa decorrente do nascimento prematuro, da ambivalência e hostilidade, reduzindo, assim, as projeções de sentimentos, sensações e fantasias nas bebês.

Esse espaço de escuta empática e atenta das necessidades das mães e das bebês, além de uma postura de não-intrusividade e manutenção de silêncio, mostraram-se ferramentas eficientes também para a aproximação inicial das mães e seus bebês. De acordo com Winnicott (1962/2007) o período de silêncio pode ser a contribuição mais positiva de um atendimento, deixando o terapeuta/paciente envolvidos num jogo de espera. E é exatamente este comportamento que se deve ter: esperar pelo gesto espontâneo que virá com o período de silêncio sendo respeitado. Mesmo em um enquadre diferente do proposto por Winnicott, tais ferramentas se mostraram importantes para o atendimento das mães e seus filhos no contexto do nascimento prematuro.

Na medida em que as duas mães foram escutadas com sensibilidade, olhadas e acolhidas diante de suas angústias pela terapeuta, elas puderam começar a se conectar com mais facilidade as necessidades físicas e emocionais das filhas. Winnicott (1941/2000) ressaltou que o analista deve dispor de toda a paciência, tolerância e confiabilidade da mãe devotada ao bebê. O autor entendeu que o terapeuta deve reconhecer que os desejos do paciente são necessidades, devendo deixar de lado quaisquer outros interesses a fim de estar disponível, ser pontual e objetivo. O autor finalizou destacando que o terapeuta deve demonstrar querer fornecer tudo aquilo que o paciente necessita. Um exemplo disso, foi que após algumas sessões da mãe do Caso 2, e perto da alta da mãe do Caso 1, ambas finalizavam o atendimento demonstrando desejo de ver as filhas. Além disso, a mãe do Caso 2 parecia demonstrar cada vez mais motivação para compreender as necessidades das bebês.

Em relação ao sofrimento psíquico imposto pelo risco de perda das filhas, ambas as mães demonstraram profunda tristeza quando elas pioravam no decorrer da internação, o que corrobora a literatura (Campos et al, 2008; Flacking, Ewald & Starrin, 2007; Mathelin, 1999; Szejer, 1999; Wirth, 2000). A manutenção de um *setting* constante e o *holding* foram fundamentais para dar suporte às mães nestes momentos difíceis e com grandes oscilações, que caracterizam as primeiras semanas e até meses, após o nascimento prematuro.

Em relação à técnica do atendimento clínico winnicottiano na prematuridade, o estudo apresenta semelhanças importantes que podem ser destacadas entre os dois casos atendidos, para além das particularidades já descritas no Capítulo III. Uma das principais diferenças é a influência do *setting* no hospital, o qual, ao contrário da sala de atendimento da psicoterapia tradicional, que se restringe ao paciente/terapeuta, circulam diversos profissionais que acabam “participando” e influenciando alguns encontros. O lado positivo desse *setting* é que permite um contato mais próximo do terapeuta com os profissionais que atendem as mães e seus filhos no hospital, fato este, que pode contribuir para o sucesso do tratamento. No entanto, algumas

vezes, a intrusividade da equipe pode ter prejudicado as primeiras aproximações das díades, e, conseqüentemente, os atendimentos. Nesse sentido, Mathelin (1999) destacou que, após algumas semanas de internação, a equipe deve renunciar a se posicionar como “boa mãe, toda poderosa”. A autora referiu que a verdadeira mãe deve ser convidada e/ou autorizada pela equipe a se aproximar de seu filho e começar a constituir o seu bebê.

No presente estudo, percebeu-se também que a própria alta hospitalar das bebês gerou ansiedade e preocupações profundas nas duas mães. Pode-se pensar que a atitude, algumas vezes intrusiva outras vezes distante da equipe em relação às mães, contribui para o receio das delas na volta para casa. Nesse sentido, a literatura destacou que a preparação para a alta do bebê nascido prematuro, após a internação em uma UTI Neo, é um processo complexo (Leão, Silva, & Lopes, 2017; Valizadeh, Namnabati, Zamanzadeh, & Badiee, 2013). Por exemplo, o estudo realizado por Leão, Silva e Lopes (2017) investigou os sentimentos e expectativas maternos no momento próximo à alta hospitalar de seus bebês nascidos prematuros. Foram entrevistadas 42 mães no momento em que o bebê estava perto da alta hospitalar. Através de uma análise temática indutiva revelou-se, como seria esperado, um maior envolvimento das mães nos cuidados com o bebê perto da alta hospitalar, sendo um período marcado por mais contato e proximidade entre a díade. O estudo destacou ainda a relevância do papel da equipe, incentivando esse envolvimento e sendo parte importante da transição para o cuidado materno. Esse momento também foi marcado por sentimentos diversos e contraditórios e pela expectativa materna de poder contar com a ajuda de outras pessoas da família nos cuidados em casa. A pesquisa evidenciou a importância de que a alta do bebê seja planejada desde o início da internação, considerando-se as especificidades emocionais de cada mãe.

Neste sentido, é importante que os serviços que atendem as mães e bebês nas UTIs Neos trabalhem conjuntamente, e tenham objetivos coesos, entre eles preparar a mãe para a alta do bebê. Assim, o atendimento clínico winnicottiano também poderia ter sido mais eficiente se a equipe trabalhasse com a pressupostos propostos por Winnicott na abordagem com as mães/bebês ao longo da internação.

Ainda em relação aos atendimentos, constatou-se que, em ambos os casos, a terapeuta buscou realizar o *holding*, com uma escuta atenta e empática, adotando uma postura não intrusiva e apresentando um olhar sensível dirigido à mãe e o bebê e suas necessidades. Além disso, a abertura de um espaço terapêutico sem a presença de crítica ou julgamento mostrou-se, mais do que qualquer interpretação, a ferramenta mais eficaz para acolher as angústias das mães e promover mudanças. Isso segue os pressupostos da técnica e teoria winnicotiana, que, como foi citado anteriormente, propõem que a postura adotada pelo terapeuta deve ser de tolerância

e confiabilidade, como uma mãe devotada ao seu bebê (Winnicott,1947/2000). Nesse sentido, o terapeuta deve saber reconhecer suas necessidades e querer dar o que o paciente realmente necessita, principalmente na terapia de pacientes no estágio de regressão à dependência. Ele deverá estar disponível física e emocionalmente para seu paciente (Winnicott, 1953a/2000; Winnicott, 2001), assim como uma mãe suficientemente boa. Nesse sentido, o ambiente protetor e contínuo torna-se mais importante que as interpretações (Winnicott,1955-6/2000). O terapeuta e seu comportamento representam o contexto, que por ser suficientemente bom e fornecer confiança, consegue suprir as necessidades do paciente (Winnicott,1955-6/2000). O ambiente da clínica suscita esperança no paciente, já que o terapeuta se adapta as suas necessidades primordiais, para que este retome seu desenvolvimento emocional (Winnicott,1955-6/2000).

No presente estudo, constatou-se que, em ambos os casos, os atendimentos ajudaram de alguma forma as mães e suas filhas, aliviando a angústia, abrindo espaço para elaborações, revelações, reconfigurações, construções de sonhos e planos. Segundo Safra (2005) cada nova experiência muda a posição da pessoa no mundo e na relação com os outros, ou seja, a cada momento há um novo reposicionamento na existência pessoal. Desse modo, a experiência de terapia torna-se uma nova oportunidade de amadurecimento emocional do indivíduo (Safra, 2005). O olhar sem julgamentos da terapeuta sob as mães e as bebês parece ter possibilitado uma chance para um novo começo das relações que se estabeleciam na família. A aceitação das mães e bebês por parte da terapeuta, incluindo limitações na própria relação da mãe/bebê, dificuldades emocionais e financeiras, parece ter ajudado as mães a também aceitarem sua ambivalência, em sua totalidade. Como destaca Gutman (2014), ao invés de conselhos, as mães precisam de pontos de apoio para sustentar as suas próprias referências internas, a sua própria essência; e a melhor maneira de a mãe entrar em harmonia com o seu bebê é ela ser sincera consigo mesma, admitindo os seus sentimentos ambivalentes e hostis.

Outra particularidade da abordagem winnicotiana usada neste estudo, que parece ter ajudado as mães foi a valorização de seus esforços, recursos e potencialidades. Nesta direção Winnicott (2006) destacou que a melhor forma de ajudar as mães é reforçando a confiança em si mesma e na sua capacidade de cuidar do seu bebê. Assim, o melhor a fazer neste momento sensível do puerpério é não tentar ensinar as mães a como cuidar de seus bebês, mas sim, incentivá-las a conhecer seus bebês e reconhecer sua própria habilidade em atender as necessidades do filho.

Além disso, os atendimentos clínicos do estudo também incluíram as bebês. A terapeuta falava em voz baixa com as bebês, na presença das mães. A terapeuta fazia perguntas aos bebês,

tentava traduzir seu choro e suas expressões, sempre incentivando a mãe a participar, além de reagir positivamente diante de suas manifestações, como sugerido na literatura (Dolto & Nasio, 1991). Assim, falar com o bebê o ajuda a se conectar com seu mundo interior, compreendendo melhor o que se passa com ele e com o mundo externo que o cerca (Gutman, 2014; Szejer, 1999).

Em relação ao *setting* do atendimento clínico, constatou-se a importância da manutenção desse ambiente de *holding* no decorrer de todos os encontros. O ambiente da UTI Neo tende a ser muito intrusivo e imprevisível para a mãe e seu bebê, sendo que se fez fundamental o contraponto do *setting* terapêutico. Tais aspectos caracterizam-se no comportamento do terapeuta por manter o *setting* confiável, não adotando uma postura invasiva e respeitando a hesitação inicial da paciente (Winnicott, 1941/2000). As mães pareciam precisar de uma previsibilidade, constância e continência dos atendimentos (dia, hora, tempo da consulta, disponibilidade da terapeuta).

Além disso, no Caso 1, em que a mãe tinha um funcionamento mais regressivo, a sobrevivência do terapeuta no *setting* também se mostrou fundamental. Em muitos encontros, me sentia atacada pela mãe, que vomitava palavras e ideias ininterruptamente, além de projetar sua agressividade e raiva nas outras mães e na equipe do hospital. No entanto, como terapeuta, eu estava sempre disponível para conter seus ímpetos agressivos e sobrevivia a cada atendimento. A sobrevivência do terapeuta para Winnicott (1941/2000) guarda semelhanças com a sobrevivência materna na apresentação de objetos ao bebê. Além de sobreviver, o terapeuta deve estar, no *setting*, disponível para esperar o surgimento do gesto espontâneo do paciente, sendo sensível às suas necessidades, e esta atitude é o melhor que se pode ser, mesmo que para tanto também tenha que silenciar.

Com relação aos processos de transferência, eles divergiram nos dois casos atendidos no presente estudo, já que as mães se encontravam em estágios diferentes do seu amadurecimento emocional. Uma semelhança que pode ser identificada no período inicial dos atendimentos, foi uma idealização da terapeuta como uma figura conhecedora das soluções para os problemas familiares. Essa transferência idealizadora pareceu, de certa forma, ajudar na vinculação inicial com as mães e no fortalecimento de uma aliança de confiança. No entanto, no Caso 1 não foi possível identificar o surgimento de uma neurose de transferência, como aconteceu no Caso 2. Isso não é possível pois o ego da mãe do Caso 1 não pode ser considerado como uma entidade estabelecida (Winnicott, 1955-6/2000). Nesse sentido, para estabelecer a chamada neurose de transferência, ela teria que ter desenvolvido um ego intacto, capaz de manter defesas contra as ansiedades derivadas dos instintos e de assumir responsabilidades

sobre as mesmas (Winnicott, 1955-6/2000). Assim, a transferência nesse estágio de desenvolvimento que se encontrava a mãe, caracteriza-se pelo presente retornando ao passado e o terapeuta deparando-se com o processo primário do paciente, na época em que este processo tinha valor original (Winnicott, 1955-6/2000).

No presente estudo, a transferência inicial em comum de idealização da figura da terapeuta foi trabalhada com as mães, a partir das supervisões, e a idealização da terapeuta não foi incentivada. Esse trabalho deu-se a partir do respeito pelas características e potencialidade de cada uma das mães e valorização dos seus esforços para compreender as necessidades das bebês. Logo, em ambos os casos, a terapeuta foi deixando de ser idealizada e passou a ser uma figura de apoio no processo. Particularmente, isso pôde ser observado na mãe do Caso 2 que mais perto da alta começou a encerrar o atendimento, indicando que o tempo comigo tinha sido terapêutico, mas que agora ela estaria começando a se independizar e andar com as próprias pernas.

Ainda assim, perto da alta hospitalar, em ambos os casos, notou-se a carência das mães em relação ao cuidado que recebiam de mim e do hospital. É possível se pensar que tal figura de apoio e confiança foi percebida também para a instituição hospitalar. A literatura tem destacado que diante das necessidades, desejos e das relações com os outros, a continuidade não está assegurada e precisa ir sendo construída e reconstruída a cada novo desafio (Figueiredo, 2007). De acordo com a autora, geralmente, são famílias, grupos e instituições os objetos mais aptos a oferecer *holding* ao longo da vida, principalmente quando o que está em jogo é a continuidade na posição simbólica do sujeito no mundo.

Com relação à contratransferência, para além também das particularidades já destacada ao descrever e discutir cada caso, no Capítulo III, destaca-se aqui alguns aspectos semelhantes entre os casos. Entre estes, esteve presente a minha sensação de impotência, dor ao presenciar o sofrimento das mães, sensibilização diante das carências sociais e econômicas, preocupações com o bem-estar e segurança das bebês e um intenso sentimento de querer ajudar as mães e suas filhas e aliviar a dor psíquica que acometia ambas.

Para ajudar na elaboração de tais sentimentos, a supervisão clínica foi fundamental, pois criou-se um espaço de escuta continente e acolhedora, na qual a terapeuta confiava seus receios, sofrimentos e alegrias. Na medida em que se foi elaborando e reconhecendo tais sentimentos, foi possível ajudar efetivamente as mães e suas filhas. O término dos atendimentos no momento da alta hospitalar das bebês também gerou sentimentos conflituosos. Mesmo sabendo que o encerramento estava condicionado desde o início à alta hospitalar, eles ocorreram em um momento em que o atendimento ainda se fazia necessário, principalmente para a díade do Caso

1. Como a mãe tinha um funcionamento mais regressivo, a indicação seria um acompanhamento mais a longo prazo, com o objetivo de proporcionar a ela retomar seu desenvolvimento emocional e integrar seus núcleos egóicos (Winnicott, 1955-1956/2000).

Ao mesmo tempo, estiveram presentes sentimentos de satisfação por ter conseguido ajudar as mães e gratidão por todo aprendizado adquirido ao longo dos atendimentos, também tiveram seu espaço no psiquismo da terapeuta. Alguns desafios e impasses também estiveram presentes nos atendimentos clínicos para o contexto da prematuridade, em função da teoria e clínica winnicottiana. Primeiramente, como dito anteriormente, um número fixo de sessões pode não ser o mais adequado para determinadas funcionamentos psíquicos mais regressivos. Além disso, o contexto hospitalar também agrega particularidades a técnica, já que as mães também são atendidas pela equipe hospitalar, que não trabalha com a mesma teoria de *holding* e acolhimento. Ambas as famílias também apresentavam uma fragilidade financeira e social bastante grandes e eram carentes de serviços de educação e saúde de qualidade nas cidades as quais residiam. Fato este que dificultou o encaminhamento para continuar a psicoterapia do Caso 1 após a alta, por exemplo. Para além dos fatores psicológicos, nos relatos de ambas as mães, surgiram questões envolvendo a falta de assistência médica e social, como revelado pela mãe do Caso 2, que precisava de auxílio financeiro com passagens de ônibus para vir ao hospital ficar com as filhas e foi desrespeitada pela assistente social do posto de saúde. No entanto, cabe destacar que em meio a tantos problemas sociais, esta mesma mãe do Caso 2, parecia ter uma força psíquica para cuidar das filhas e conseguir superar adversidades sociais para estar com elas.

Considerando os aspectos expostos acima, constata-se que o atendimento clínico baseado na teoria e clínica winnicottiana se constitui em uma prática complexa, que por exigir muito do terapeuta, requer formação psicanalítica winnicottiana, terapia e bastante experiência profissional. Além disso, pode-se pensar em alguns pressupostos básicos para o terapeuta praticar esta clínica, tais como, empatia, sensibilidade, amadurecimento emocional, paciência, acessibilidade, afetividade, firmeza e, quando necessário, neutralidade, paciência, criatividade para lidar com diversos percalços que o contexto hospitalar e a prematuridade impõem diariamente e, principalmente, confiar em si mesmo e no potencial do seu paciente. Assim, a questão da confiança do indivíduo no ambiente e da “confiança” do ambiente no potencial de amadurecimento e singularização de cada indivíduo (Winnicott, 1967/2011) é fundamental para a prática desta técnica. Meus sentimentos passaram a ser meus guias ao longo desta trajetória com as mães e seus bebês. Destaca-se que para que isso fosse possível, foi indispensável, como destacado acima, a presença das supervisoras clínicas da presente tese, que acompanharam

todos os atendimentos, ajudaram a decodificar sentimentos, e incentivaram a terapeuta a confiar nela mesma e nas potencialidades das mães e suas bebês.

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi investigar as contribuições dos princípios e da técnica da clínica winnicottiana para o contexto da prematuridade, e suas especificidades, considerando a internação do bebê na UTI Neo. Em particular, se investigou as contribuições deste atendimento para a diminuição do sofrimento psíquico e conflitos da mãe relacionados ao bebê.

A expectativa inicial do estudo era de que o manejo utilizado nos atendimentos, baseados na clínica winnicottiana, contribuiria para dar um *holding* emocional e uma provisão ambiental suficientemente boa para a mãe e seu bebê, diminuindo o sofrimento psíquico e os conflitos da mãe relacionados ao nascimento prematuro. Esperava-se ainda, que estes benefícios iriam se estender para a relação mãe-bebê, em particular para o envolvimento e comunicação da mãe com o bebê, favorecendo o seu desenvolvimento emocional.

Os achados mostraram que o atendimento baseado nos pressupostos da clínica winnicottiana trouxe vários ganhos para as mães e suas filhas que participaram do estudo, levando em consideração as variações inerentes em cada um dos casos e as especificidades do processo que envolveu cada atendimento. Os resultados revelaram que a prematuridade acarreta um profundo sofrimento as mães e exige um enorme esforço egóico das mães para conseguir enfrentar tal situação. O atendimento clínico foi capaz de auxiliar e acompanhar as mães neste momento tão delicado, fornecendo um ambiente confiável e previsível, diante de tanta imprevisibilidade.

Após escrever, lembrar e elaborar melhor meus sentimentos contratransferenciais de esgotamento físico, impotência e esvaziamento após algumas sessões, entendo que aquilo que eu sentia vinha, em grande parte, dos sentimentos das mães de angústias de morte do seus bebês, medo, raiva, ressentimentos e carência afetiva. Tais sentimentos se personificaram nos atendimentos, como se o inconsciente abrisse um buraco e tivesse fluxo contínuo para o consciente. Porém, agora, consigo ver com mais clareza a importância do espaço de escuta que foi oferecido para estas mães. E como seria importante se todas as mães de bebês nascidos prematuros tivessem a oportunidade de ter este espaço.

Frente às dificuldades da prematuridade, é possível se pensar que o atendimento clínico contribuiu para a melhora do estado emocional das mães, e com isso, ajudou nas primeiras aproximações mãe/bebê. Nesse sentido, pode-se sugerir a aplicabilidade da abordagem

winnicottiana para vários contextos e relações iniciais, uma vez a técnica sendo adaptada e supervisionada.

Em relação à técnica em si, constatou-se que o *setting* hospitalar e o momento delicado no qual as mães se encontravam, permitiram que eu tivesse acesso aos conflitos, dificuldades e potencialidades de cada mãe e seu bebê. Como dito anteriormente, o puerpério associado ao contexto de enorme sofrimento que envolve a prematuridade, possibilita que o terapeuta tenha acesso a conflitos primitivos das mães, que em outros momentos talvez não tivesse a chance de trabalhar.

No entanto, para ser efetivo na ajuda às mães e seus bebês no contexto da prematuridade, sugere-se que o terapeuta tenha uma boa formação psicanalítica, winnicottiana de preferência, e tenha experiência em psicoterapia convencional com mãe/bebê. Isso porque, o *setting* hospitalar expõe e testa o terapeuta intensamente em seu papel ético e técnico, exigindo uma postura neutra, porém ativa em relação à equipe. Com as mães é fundamental ser ético, sutil, sensível, empático, não-intrusivo, porém incentivador das potencialidades singulares de cada uma das mães, não ter pressa e sim respeitar o ritmo de cada mãe/bebê, entender que corpopsiquismo do terapeuta será usado como instrumento e que volta e meia será invadido por sentimentos primitivos, além de ser tolerante às frustrações inerentes ao processo. Tal processo é facilitado quando o terapeuta tem domínio sobre a teoria e a técnica winnicottiana, sendo que para o seu uso a supervisão clínica é fundamental. Talvez, a partir disso possamos dar conta de um ofício que exige a constante tarefa de cavar em si, o si-mesmo, “que torna fecundo a arte de cair em si para reencontrar-se com a transitoriedade desta unidade singular que diz: Eu Sou” (Figueiredo, 2011, pp. 27).

De qualquer modo, limitações também merecem ser destacadas, particularmente em relação a duração dos atendimentos. Observou-se que as famílias precisavam e gostariam de continuar os atendimentos. Infelizmente, diante da fragilidade social das mães, foi mais complicado o encaminhamento para psicoterapia, restando o posto de saúde, com todas suas carências. Sabe-se que as filas de espera nestes lugares são longas e demoradas, já que a demanda é grande e o número de profissionais pequeno. De qualquer forma, constatou-se a importância destas mães e seus filhos seguirem sendo atendidas sistematicamente pelos serviços de saúde comunitários, particularmente no período anterior ao parto e ao longo da primeira infância dos bebês.

Diante das dificuldades para receber atendimento psicológico pelo SUS (Sistema Único de Saúde), sugere-se também a importância dos programas de atendimento psicológico pré e pós-parto que atendam, pelo em parte, às necessidades destas mães. Como relatado no decorrer

deste estudo, as mães já apresentavam sofrimento psíquico desde a gestação, fator este que poderia ter sido amenizado caso elas tivessem acesso a algum tipo de atendimento voltado para suas demandas. Uma opção possível seria o atendimento psicológico em grupos de gestantes, que deveriam ser encaminhadas, quando necessário, no início de seu pré-natal no posto de saúde. Estes atendimentos poderiam ir além do parto e acompanhar as mães durante todo o processo de adaptação da mãe com seus bebês, proporcionando um espaço de acolhimento e elaboração de ansiedades. Um modelo deste tipo de atendimentos, denominado de psicoterapia domiciliar pais-bebê, foi proposto por Fleck (2015) para o contexto da prematuridade. Nesse sentido, entende-se que assim como o bebê precisa ser recebido com carinho pela mãe, está também precisa de cuidados especiais para receber adequadamente o seu bebê. Tais atendimentos estariam voltados à profilaxia e saúde mental, tendo como destaque a prevenção de futuros problemas psíquicos, que tanto a mãe quanto o bebê possam apresentar.

Considerando estes aspectos teóricos e os achados do presente estudo, os atendimentos clínicos winnicottianos realizados no dia-a-dia de uma UTI Neo, podem oferecer grandes contribuições para essa população, na medida em que essas mães e seus filhos enfrentam uma situação, no mínimo, profundamente ansiogênica. Além disso, tais atendimentos, podem ser preventivos em relação a possíveis distúrbios no vínculo mãe-bebê e futuros impactos que isso possa acarretar no desenvolvimento emocional, cognitivo e físico do bebê nascido prematuro, já que sabemos da importância vital destas primeiras experiências para ele. Nesse sentido, estes atendimentos podem oferecer subsídios para que as mães consigam nomear suas angústias e serem cuidadas.

Como foi observado neste estudo, as mães parecem precisar de um espaço de escuta para verbalizarem seus medos e assimilarem possíveis culpas em relação ao filho, criando, assim, uma nova chance para a maternidade e para a aproximação da mãe e seu bebê. Com estas constatações, fica evidente a relevância do apoio emocional oferecido pelos profissionais da saúde, com destaque para os profissionais da saúde mental bem preparados para as demandas específicas do contexto da prematuridade.

É importante destacar que este trabalho com mães e bebês deve ser guiado pela sutileza, sensibilidade e afeto. É dentro deste *setting* que a vida e a morte que se concentra dentro de cada um de nós com toda incoerência, transformações, medos e verdade se reproduz. E o quanto cada um de nós pode suportar estes sentimentos? As feridas, os temores que nos atravessavam – tanto as mães, como a terapeuta -, de não saber o que nos aguardava no dia seguinte, na verdade revelaram o que em nós estava vivo, e, portanto, nos fazia seguir adiante. E, acredito, foi a partir deste ponto, que começamos a nos vincular, eu, terapeuta, e a mãe/bebê, como

pacientes. Por fim, reitero a dificuldade e a riqueza que esta experiência me proporcionou, tanto pessoalmente quanto profissionalmente.

Quando parei para me dedicar a escrita do presente estudo me perguntava como colocaria em palavras tudo o que vivi e aprendi com as mães e os bebês dentro da UTI Neo. Por mais que eu tenha me esforçado para esta árdua tarefa, infelizmente isso não foi possível como eu desejaria e com o rigor que a academia exige. Uma explicação consciente para isso é de que muito do que eu vivi e senti dentro da UTI Neo com as mães e os bebês não consegue ser traduzido em palavras, mas permanecem dentro de mim, assim como eu espero que parte do que vivemos no *setting* também tenha permanecido com as mães e os bebês. Assim, a experiência não é só o que nos acontece, mas o destino que damos ao que nos acontece. Diante disso, me aproximei novamente do que criei junto às mães e as bebês, e, dentro das minhas limitações, dei um destino digno às intensas experiências vivenciadas. Assim, surgiu a possibilidade de viver e escrever criativamente, de preservar algo pessoal, que é inconfundivelmente, eu mesma.

REFERÊNCIAS

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Revinter: Rio de Janeiro.
- Agman, M., Druon, C., Frichet, A. (2011). Intervenções psicológicas em neonatologia. In D. de B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp.17-34). Salvador: Ágalma.
- Aguiar, R.W. (1998). Intervenções em crise. In A.V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens Atuais* (pp.153-158). Porto Alegre: Artmed.
- American Academy of Pediatrics (2008). Hospital Discharge of the High-Risk Neonate: Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics*, 122, 1119-1126. Recuperado em 24 de novembro, 2015, de <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/1119.long>
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Amer Psychiatric Pub Incorporated.
- Ananth, C.V., and Vintzileos, A.M. (2006). Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19(12), 773-782. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14767050600965882>
- Anton, M. C. (2011). *O transplante hepático pediátrico: relação genitores-criança e as contribuições da Psicoterapia Breve Dinâmica*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador: Cesar Augusto Piccinini.
- Araújo, J. (2003). Prematuridade. In P. Gonçalves (Eds.). *Tudo sobre as crianças: perguntas e respostas*. (pp. 68-73). São Paulo: IBRASA.
- Arnold, L., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., Ayers, S. (2013). Parents' first moments with their very preterm babies: a qualitative study. *Bmj Open*, 3, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002487>
- Avellar, L. Z. (2004). *Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barbosa, V. C., Formiga, C. K. M. R., & Linhares, M. B. M. (2007). Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascidos pré-termo. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4), 275-281. Recuperado em 12 de maio, 2016, de <http://www.redalyc.org/html/2350/235016480006>

- Barros, F.C., & Velez, M. del P. (2006). Temporal trends of preterm birth subtypes and neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 107(5), 1035-1041. doi: 10.1097/01.AOG.0000215984.36989.5e
- Black, B. P., Davis, D. H., Miles, M. S. (2008). Life Course Theory as a Framework to Examine Becoming a Mother of a Medically Fragile Preterm Infant. *Research in Nursing & Health*, 32 (1), 38–49. doi: 10.1002/nur.20298
- Blondel, B., Macfarlane, A., Gissler, M., Breart, G., & Zeitlin, J. (2006). Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the peristat project. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(5), 528-535. doi: 10.1111/1471-0528.12281
- Bossi, T. J. (2017). *Inclusão de bebê com deficiência física em creche: programa de acompanhamento para educadoras com base em conceitos winnicottianos*. (Tese de doutorado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Boukobza, C. (2002). O desamparo parental perante a chegada do bebê. In L. Mariza Fischer Bernardino e C. Resenhas Fernandes Rohenkohl. *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas* (pp.15-26). São Paulo: Casa do Psicólogo,
- Brazelton, T. B. (1998). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bradford, N. (2000). *Your premature baby: the first five years*. London: Frances Lincoln Ltda.
- Brum, E. H. M., Frizzo, G., Gomes, A. G., Rosa, M., Schwengber, D., Piccinini, C. A. (2012). Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 29, 259-269. Recuperado em 5 de junho, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a12v29n2>
- Busnel, Marie-Claire. (1997). *A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?* São Paulo: Escuta.
- Campos, A. C. S. do, Odísio, M. H. R., Oliveira, M. M. C., Esteche, C. M. (2008). Recém-nascido na unidade de internação neonatal: o olhar da mãe. *Rev Rene*, 9(1), 52-59. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20reene.v9i1.4986>
- 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. *The International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 18(1), 83-95. doi: 10.1080/13698036.2015.1011825

- Caron, N.A. & Lopes, R.C.S. (2015b). Learning about human nature and analytic technique from mothers and babies. *The International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 18(3), 189-204. doi: 10.1080/13698036.2015.1111771
- Caron, N.A., Lopes, R.C.S. & Donelli, T.S. (2013). A place where verbalization has no meaning. *The International Journal of Infant Observation and its Applications*, 16(2), 170-182. doi: 10.1080/13698036.2013.808511
- 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. *The International Journal of Infant Observation and its Applications*, 15(3), 221-230. doi: 10.1080/13698036.2012.726519
- Ciotti, F. (2007). Participant observation of a very disturbed mother and her child: The observer as container. *Infant Observation*, 10 (1), 11-19. doi: 10.1080/13698030701219229
- Coelho, Jr. N. E.; & Barone, K. C. (2007). A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(3), 88-100. Recuperado em 10 de abril, 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000300009
- Dias, E. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, E. O. (2008). O uso da interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), 588-601. Recuperado em 11 de março, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n4/v11n4a06>
- Dias, E. O. (2008). A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. *Natureza Humana*, 10(1), 29-46. Recuperado em 29 de setembro, 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151724302008000100002
- Dias, E. O. (2014). *Interpretação e manejo na clínica winnicottiana*. São Paulo: DWW Editorial.
- Dornelles, L.M.N. (2009). *Tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida*. (Tese de Doutorado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Druon, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo em crianças em uma UTI neonatal. In M. Lacroix, & M. Moymanrant (Eds.). *A observação de bebês. Os laços do encantamento* (pp.139-148). Porto Alegre: Artes Médicas
- Druon, C. (2011). Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In D. de B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp.35-54). Salvador: Ágalma.

- Epstein, R. (2011). El relato y la realidad. In Vorchheimer, M. (Coord.), *XXXIII Simposio Anual: relatos de la clínica*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Esteves, C.M. (2009). *Indicadores da preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. (Dissertação de mestrado não-publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Esteves, C. M.; Anton, M. C.; & Piccinini, C. A. Indicadores da *preocupação materna primária* na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia clinica*, 23(2), 75-99. Recuperado em 5 de março, 2104, de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=291022027006>
- Favaro, M. S. F. de, Peres, R. S., S. M. A. dos. (2012) Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. *Psico-USF*, Bragança Paulista, 17(3), 457-465. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712012000300012>
- Felberbaum, R.E. (2007). Multiple pregnancies after assisted reproduction-international comparison. *Reproductive BioMedicine Online*, 15(3), 53-60. doi [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)62252-3](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)62252-3)
- Figueiredo, L.C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, XI(21), 13-30. Recuperado em 17 de julho, 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30711302002>
- Figueiredo, L. C. (2011). Cuidado e saúde: uma visão integrada. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 29 (2) 11-29. Recuperado em 20 de julho, 2017, de http://www.spbsb.org.br/site/images/Novo_Alter/2011_2/01Figueiredo.pdf
- Filho, J. de M. (2001). *O ser e o viver*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Flacking, R.; Ewald, U. & Starrin, B. (2007). “I wanted to do a good job’’: Experiences of ‘becoming a mother’ and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 64, 2405–2416. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.008
- Fleck, A. (2011). *O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Fleck, A. (2015). *Psicoterapia domiciliar pais-bebê no contexto da prematuridade: contribuições e especificidades da técnica*. (Tese de doutorado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Flenady, V., Middleton, P., Smith, G.C., Duke, W., Erwich, J.J., (2011). Stillbirths: the way forward in high-income countries. *The Lancet*, 377(9778), 1703-1717. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60064-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60064-0)

- Forlenza-Neto, O. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 82-88. Recuperado em 11 fevereiro, 2014, de <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S0486>
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos. In Paulo César de Souza (Ed.). *Introdução ao narcisismo*. (Vol. 12, pp. 77-108). São Paulo: Companhia das Letras. Originalmente publicado em 1914.
- Freud, S. (2010). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ["O caso Schreber"], artigos sobre a técnica e outros textos. In Paulo César de Souza (Ed.). *Observações sobre o amor de transferência*. Original publicado em 1915.
- Frizzo, G.B., Prado, L.C., Linhares, J.L, Piccinini, C.A. (2010) Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 46-55. Recuperado em 23 de agosto, 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n1/a07v23n1>
- Goldenberg, R.L., Culhane, J.F., Iams, J.D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606), 75-84. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
- Goldenberg, R.L., Gravett, M.G., Iams, J., Papageorghiou, A.T., Waller, S.A. (2012). The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(2), 113-118. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.10.865>
- Gomes, A. L. H. (2000). Vínculo mãe-bebê pré-termo: as possibilidades de interlocução na situação de internação do bebê. *Estilos da Clínica*, 4(2), 89-100. Recuperado em 25 de junho, 2008, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v6n10/08.pdf>
- Gomes, A. G., Piccinini, C. A, Prado, L. C. (2009). Psicoterapia pais-bebê no contexto de malformação do bebê: repercussões no olhar da mãe acerca do desenvolvimento do bebê. *Revista de psiquiatria Rio Grande do Sul*, 31(2), 95-104. Recuperado em 1 de setembro, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n2/v31n2a03>
- Goutaudier, N., Lopez, A., Séjourné, N., Denis, A., & Chabrol, H. (2011). Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 364-373. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2011.623227>
- Gravett, M.G., Rubens, C.E., & Nunes, T.M. (2010). Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10 Suppl 1, S2. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-S1-S2>

- Gutman, L. (2014) *A maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos*. Rio de Janeiro: Best Seller.
- Heinemann, A.-B., Hellstrom-Westas, L., & Nyqvist, K.H. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatrica*, 102, 695-702. doi: 10.1111/apa.12267
- Holsti, L., Grunau, R. E., & Shany, E. (2011). Assessing pain in preterm infants in the neonatal intensive care unit: moving to a 'brain-oriented' approach. *Pain Management*, 1, 171–179. doi: <https://doi.org/10.2217/pmt.10.19>
- Jefferies, A.L. & Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. (2014). Going home: facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics & Child Health*, 19(1), 3136. Recuperado em 10 de outubro, 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938219>
- Johnston, C. C., Fernandes, A. M., & Campbell-Yeo, M. (2011). Pain in neonates is different. *Pain*, 152(3 suppl), S65–S73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.008>
- Kaprio J, M. R. (2005). Demographic trends in Nordic countries. In K. L. Blickstein I (Ed.), *Multiple Pregnancy: Epidemiology, Gestation & Perinatal Conditions* (pp.22 - 25). London: Taylor & Francis.
- Khan, M. M. R. (2000). Introdução. In D. W. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. (2006). *Narrativa da análise de uma criança: o procedimento da psicanálise de crianças tal como observado no tratamento de um menino de dez anos*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1882).
- Kramer, M.S., Papageorghiou, A., Culhane, J., Bhutta, Z., & Goldenberg, R.L. (2012). Challenges in defining and classifying the preterm birth syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(2), 108-112. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.10.864>
- Krodi, P., Kupfer, M., & Teperman, D. (2008). Cuidados paliativos em neonatologia: a escuta do indizível. In: Kupfer, C. M.; Teperman, D. (Eds.). *O que os bebês provocam nos psicanalistas*. São Paulo: Escuta, 115-134.
- Kupermann, D. (2008). *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Leão, L.C.S. (2012). *Tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência: uma condição de dupla imaturidade*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Leão, L.C.S. (2016). *Sentimentos das mães em relação aos cuidados não-parentais de seus bebês nascidos prematuros ao longo do primeiro ano de vida*. (Tese de Doutorado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Leão, L.C.S., Silva, L.R., & Lopes, R.C.S. (2017). Da UTI Neo para casa: vivências maternas na pré-alta do bebê prematuro. *Psicologia em Estudo*, 22(2), 153-164. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v22i2.33880>
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Linhares, M. B. M. (2009). *Vulnerabilidade, risco e proteção no desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo*. Tese de Livre-Docência não-publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Little, M. (1992). *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago
- Loparic, Z. (2011). Winnicott clínico. In Rosa Reis (Ed.), *O pensamento de Winnicott: a clínica e a técnica* (pp. 59-84). São Paulo: DWW Editorial.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: Past, present, and future research. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1094, 105-115. doi: 10.1196/annals.1376.024
- Luu, T. M., Ment, L. R., Schneider, K. C., Katz, K. H., Allan, W. C., & Vohr, B. R. (2009). Lasting effects of preterm birth and neonatal brain hemorrhage at 12 years of age. *Pediatrics*, 123, 1037-1044. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2013.05.009>
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, & World Health Organization. (2012). *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 25 de janeiro, 2013, de http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Mathelin, C. (2011). Da pulsão de morte ao desejo da vida, ou as vicissitude de uma terapia intensiva In D. de B. Wanderley (Ed.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 61-79). Salvador: Álgama.

- Mendelsohn, A. (2005). Recovering reverie: using infant observation in interventions with traumatized mothers and their premature babies. *Infant Observation*, 8(3), 195-208. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13698030500375693>
- Ministério da Saúde (2012). Informações em saúde: nascidos vivos. Recuperado em 10 de janeiro, 2013, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- Mordcovich, N. (2011). Una contribución a la idea de “relato”. In Vorchheimer, M. (Coord.), *XXXIII Simposio Anual: relatos de la clínica*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Moreira, C. I. ; Gerhardt, C.; Steibel, D.; Silveira, F.; Caron, N.; Lopes, R. C. S. (2011) A impossível tarefa de segurar o sol com a mão. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 18, 237-254. Recuperado em 10 de março, 2012, de <http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/287>
- Mousquer, P.N. (2013). *A experiência do irmão do bebê nascido prematuro: Um estudo longitudinal*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Muglia, L.J., & Katz, M. (2010). The enigma of spontaneous preterm birth. *The New England Journal of Medicine*, 362(6), 529-535. doi: 10.1056/NEJMra0904308
- Mukhopadhyaya, N., & Arulkumaran, S. (2007). Reproductive outcomes after in-vitro fertilization. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19(2), 113-119. doi: 10.1097/GCO.0b013e32807fb199
- Neto, A. N. (2007). A noção de experiência no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise. *Natureza Humana*, 9(2), 221-242. Recuperado em 5 de abril, 2012, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v9n2/v9n2a01.pdf>
- Núcleo de Estudos em Infância e Família e Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente - NUDIF & PAIGA/ HMIPV (2009). *Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê*.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF/PREPAR (2009). *Entrevista de Dados Sócio-demográficos da Família*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF/PREPAR (2011). *Entrevista de avaliação da intervenção*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF/PREPAR (2009). *Ficha de dados clínicos gestacionais*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família – NUDIF/PREPAR (2009). *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Núcleo de Infância e Família – NUDIF/PREPAR (2009). *Termo de consentimento livre e esclarecido*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Osrin, D. (2010). The implications of late-preterm birth for global child survival. *International journal of epidemiology*, 39(3), 645-649. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyq096>
- Palhares, M. C. A. do (2011). O psicanalista e seus afetos. *Alter Revista de Estudos Psicanalíticos*, 29(2) 47-57. Recuperado em 11 de agosto, 2013, de <http://www.spbsb.org.br>
- Padovani, F.H.P; Linhares, M.B.M; Carvalho, A.E.V; Duarte, G. & Martinez, F.E. (2004). Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000400009>
- Padovani, F.H.P; Duarte, G; Martinez, F.E; Linhares, M.B.M. (2011). Perceptions of breastfeeding in mothers of babies born preterm in comparison to mothers off full-term babies. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2) 884-98. doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011
- Plunkett, J. & Muglia, L. J. (2008), Genetic contributions to preterm birth: implications from epidemiological and genetic association studies. *Annals of Medicine*, 40(3), 167-195. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07853890701806181>
- Rabelo, M.Z.S., Chaves, E.M.C., Cardoso, M.V.L.M.L., & Sherlock, M.S.M. (2007). Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 333-337. doi: 10.1590/S0103-21002007000300015
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez : a história interior*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, F.S. (2012). *A experiência da maternidade na gravidez múltipla concebida com o auxílio de técnicas de reprodução assistida*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e Clínica*. Aparecida: Ideias & Letras: São Paulo: Unimarco Editora.
- Samara, M., Marlow, N., & Wolke, D. (2008). Pervasive behavior problems at 6 years of age in a total-population sample of children born at <25 weeks of gestation. *Pediatrics*, 122, 562-573. doi: 10.1542/peds.2007-3231
- Schimer, C.R, Portuguese. M.W., Nunes, M. L. (2006). Clinical assessment of language development in children at age 3 years that were born preterm. *Arquivos de neuropsiquiatria*, 64 (4), 926-931. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2006000600007>
- Segre, C. A. M. (2002). *Perinatologia: fundamentos e prática*. São Paulo: Sarrier.

- Sehn, A. S. (2016). A vivência da função materna no período de dependência: do sexto mês ao quarto ano de vida da criança. (Dissertação de mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Shah, P. E., Clements, M., & Poehlmann, J. (2011). Maternal resolution of grief following preterm birth: Implications for early dyadic interactions and attachment security. *Pediatrics*, *127*, 284-292. doi: 10.1542/peds.2010-1080
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Slade, A (2002) Keeping the baby in the mind: a critical factor perinatal mental health. *Zero to Three*. 10-16. Recuperado em 11 de março, 2012, de https://www.researchgate.net/publication/286785652_Keeping_the_baby_in_mind_A_critical_factor_in_perinatal_mental_health
- Smith, V.C., Hwang, S.S., Dukhovny, D., Young, S., & Pursley, D.M. (2013). Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. *Journal of Perinatology*, *33*, 415-421. doi: 10.1038/jp.2013.23
- Sneath, N. (2009). Discharge teaching in the NICU: are parents prepared? An integrative review of parents' perceptions. *Neonatal Network*, *28*(4), 237-246. doi: 10.1891/0730-0832.28.4.237
- Sonego, J.C. (2015). *Desafios nos percursos singulares rumo à paternidade no contexto da reprodução assistida: da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. (Tese de Doutorado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Souza, K; Rissato Tesin, R; Alves, V H; (2010). Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. *Acta Paulista de Enfermagem*, *23*, 608-613. Recuperado em 30 de julho, 2014, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023866004>
- Spitz, René A. (2000). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stake, R. (2006). Case studies. In N. Denzin, & Y. Lincon (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp.236-247). London: Sage.
- Steer, P. J. (2008). *The epidemiology of preterm labour—why have advances not equated to reduced incidence?* *International Journal of Obstetrics and Gynecology* *113*(3),1–3. doi: 10.1097/AOG.0b013e31817d0262
- 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). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

- Steibel, D. (2015). *Da observação de bebês à intervenção pais-bebê na UTI neonatal: por uma intervenção menos intervencionista*. (Tese de doutorado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- 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. *The International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 17, 233–247. doi:10.1080/13698036.2014.975544
- Stern, D. N. (1997). *A Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebês*. Porto Alegre: Artmed.
- Stevens, B. J., Ridell, R. R. P., Oberlander, T. E., & Gibbins, S. (2007). Assessment of pain in neonates and infants. In K. J. S. Anand, B. J. Stevens, & P. J. McGrath (Eds.), *Pain in neonates and infants*, (pp. 67–90). Philadelphia: Elsevier.
- Stoll, B. (2004). Overwiew of mortality and morbidity. In R. M. Kliegman; H. B. Jenson; B. F. Stanlon & R. E. Behrman (Eds), *Nelson textbook of pediatrics*. (pp. 671-675). Philadelphia: Elsevier.
- Szejer, M. (1999). Nasce-se pelo menos duas vezes. In M. Szejer (Org.), *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade* (53-127). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Symington, A., & Pinelli, J. (2003). *Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants*. Cochrane database of systematic reviews, (4), CD001814. doi: 10.1002/14651858.CD001814.pub2
- Tribe, R. M. (2007). A translational approach to studying preterm labour. *Bmc-Pregnancy and Childbirth*, 7(1), 1-5. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-7-S1-S8>
- Valizadeh, L., Namnabati, M., Zamanzadeh, V., & Badiiee, Z. (2013). Factors affecting infant's transition from neonatal intensive care unit to home: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(1), 71-78. Recuperado em 10 de Agosto, 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748559>
- Ventura, de S. K., R. T. R, Alves, & Valdecyr, H. (2010). Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 608-613. Recuperado em 11 de setembro, 2016, de <http://www.uacm.kirj.redalyc.redalyc.org/articulo.oa?id=307023866004>
- Watillon, A. (1993) La dinámica de las terapias psicoanalíticas de las relaciones paternofiliales tempranas. (pp. 253-263) In Libro Anual de Psicoanálises IX. São Paulo: Editora Escuta.

- Weisman, O., Magori-Cohen, R., Louzoun, Y., Eidelman, A. I., & Feldman, R. (2011). Sleep-Wake Transitions in Premature Neonates Predict Early Development. *Pediatrics*, 128,706-714. doi: 10.1542/peds.2011-0047
- Winnicott, D. W. (1975). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. W. *O brincar e a realidade* (pp.153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (1987). Variedades de psicoterapia. In D. W. W. *Privação e delinquência* (pp.237-245). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1961).
- Winnicott, D. W (1987). *The Piggie: o relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1977)
- Winnicott, D. W (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 102-115). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 102-115). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1969)
- Winnicott, D.W. (1999). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (2000). A defesa maníaca. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (pp. 199-217). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1935)
- Winnicott, D.W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1945)
- Winnicott, D.W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1947)
- Winnicott, D.W. (2000). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 288-315). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1950)
- Winnicott, D.W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 316-331). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1951)
- Winnicott, D. W. (2000). Psicoses e cuidados maternos. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 305-315). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1953a)

- Winnicott, D. W. (2000). Tolerância ao sintoma em pediatria – relato de um caso. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 168-186) . Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1953)
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (2000). Formas clínicas da transferência. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1955-6)
- Winnicott, D.W. (2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D.W. (2001). *Holding e interpretação*. São Paulo. Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2006). *As mães e seus bebês*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (2007). Análise da crianças no período de latência. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 106-113). Porto Alegre. Artmed. (Original publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (2007). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 114-127). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1959).
- Winnicott, D. W. (2007). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “*self*”. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Porto Alegre. Artmed. (Original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (2007). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 55-61) Porto Alegre. Artmed. (Original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (2007). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre. Artmed. (Original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (2007). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do*

- desenvolvimento emocional* (pp. 207-217). Porto Alegre. Artmed. (Original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (2007). A experiência mãe-bebê de mutualidade, In C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis, *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 195-202). São Paulo: Artmed. (Original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (2007). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis, *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 151-159). São Paulo: Artmed. (Original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (2007). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família, In C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis, *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 102-115). São Paulo: Artmed. (Original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (2011). Agressão, culpa e reparação. In D. W. *Tudo começa em casa* (pp.69-80). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (2011). O conceito de falso self. In D. W. *Tudo começa em casa* (pp.53-68). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (2011). O preço de desconsiderar a pesquisa psicanalítica. In D. W. *Tudo começa em casa* (pp.171-182). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (2011). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. *Tudo começa em casa* (pp.3-22). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (2011). Sum: eu sou. In D. W. *Tudo começa em casa* (pp.41-51). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1968).
- Winnicott, D. W. (2011). A liberdade. In D. W. *Tudo Começa em Casa* (pp. 237-247). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (2011). A cura. In D. W. *Tudo começa em casa* (pp.105-114). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1970).
- Wirth, A. F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI Neonatal. In: Caron, N. A. (Org.). *A relação pais-bebê, da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wolke, D., Samara, M., Bracewell, M., & Marlow, N. (2008). Specific language difficulties and school achievement in children born at 25 weeks of gestation or less. *The Journal of Pediatrics*, 15(2), 256-262. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.06.043>
- Zornig, S., A. J., Morsch, D. S. & Braga, N. A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, (7),4, 135-143. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004004009>

Zornig, S. (2010). *Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade*. *Tempo psicanalítico*, 42 (2). Recuperado em 12 de julho, 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010148382010000200010&lng=pt&tlng=pt

ANEXOS

Anexo A
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Mestrado e Doutorado em Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado

Estamos realizando este estudo com a finalidade de melhor compreender a experiência de ser mãe de um bebê nascido prematuro.

Neste estudo será oferecido atendimento psicológico para as mães visando ajudá-las durante a internação do seu bebê prematuro. Este atendimento ocorrerá com a frequência de 2 ou 3 sessões semanais, totalizando uma média de 12 a 36 sessões, que ocorrerão ao longo da internação do bebê. Além do atendimento psicológico, durante o período de internação estão programadas algumas entrevistas e aplicação de questionários e observação da interação da mãe com o bebê, sempre respeitando a disponibilidade e o interesse dos participantes. Para a aplicação dos instrumentos de cada uma das três fases são previstos aproximadamente dois encontros com duração de 1 hora e meia cada um, respeitando a disponibilidade dos participantes.

Com este estudo busca-se uma melhor compreensão da experiência de ser mãe, na situação de nascimento prematuro, o que permitirá que possamos ajudar a outras mães que também tiverem passando por esta mesma situação. Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a prematuridade e a melhor forma de auxiliar as mães e facilitar o desenvolvimento da criança e do vínculo mãe-bebê. Não são conhecidos riscos aos participantes da pesquisa, mas poderá haver desconforto ao responder algumas perguntas feitas pelo entrevistador, mas esperamos beneficiar você e sua família com a psicoterapia.

Ressalta-se que as mães que não desejarem participar deste estudo ou que desistirem de participar durante o processo não sofrerão qualquer prejuízo no atendimento que recebem neste hospital. Seus dados de identificação serão confidenciais e reservados, e não serão divulgados na publicação dos resultados, já que servirão apenas para caracterizar o público que está colaborando com a pesquisa. As gravações obtidas serão utilizadas somente para este estudo, sendo armazenadas pela coordenadora da pesquisa durante 5 (cinco) anos e, após este período, serão deletadas. Todo o material desta pesquisa será mantido em sigilo no Instituto de Psicologia da UFRGS.

A participação no estudo é voluntária e a participante terá total liberdade para retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento médico e psicológico dispensado nesta instituição.

Você receberá informações sobre este projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável por este estudo, Professor Dr. Cesar Augusto Piccinini, do Instituto de Psicologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600/sala 111, Porto Alegre – RS. Caso queira contatar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3308-5058.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que pode ser contatado pelo fone 3308-5698 ou e-mail cep-psico@ufrgs.br. Também foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), que pode ser contatado pelo fone 3289-3357 ou 3289-3357 ou e-mail: hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br ou no 7º andar do Bloco C do hospital, junto à Assessoria de Ensino e Pesquisa (ASSEP), das 8 às 17 horas.

Você receberá cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a equipe de pesquisa.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada(o), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente estudo.

Entendo que não serei identificada(o) e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2014.

Eu, _____, concordo em participar desse estudo.

Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha _____

Anexo B

Ficha de dados demográficos da família

(NUDIF/PREPAR – UFRGS, 2009)¹

I. Eu gostaria de algumas informações sobre você e o teu marido:

Esposa (Cód. identificação):.....

- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído):

- Religião:..... Praticante: () sim () às vezes () não

- Estado Civil: () casada; () solteira; () separada; () viúva; () com companheiro

- Número de filhos:

Filhos teus com atual companheiro (identificação e idade):

Vive junto:; Não vive junto:

.....

Filhos teus com outro companheiro (ident. e idade):

Vive junto:; Não vive junto:

.....

Filhos do companheiro com outra mulher (ident. e idade):

Vive junto:; Não vive junto:

.....

- Moras com o pai do bebê? sim () não () Se sim: Desde quando?

.....

- Quem mais mora na casa? (ident., parentesco e idade)

.....

.....

- Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregada

- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há meses

- Salário: Grupo étnico:

-Qual a renda familiar (aprox.)?

.....

-Moradia: própria () alugada () outro ()

Companheiro (Cód. identificação):.....

- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído):

- Religião:..... Praticante: () sim () às vezes () não

- Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregado

- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há meses

- Salário:..... Grupo étnico:

Bebê (Cód. identificação):.....

- Data de nascimento:.....

Endereço para contato:

Cidade:..... CEP

Telefone:.....

Telefone do emprego/contato: Esposa Marido

Telefone de um parente/amigo para contato:.....

II. Eu gostaria agora, de algumas informações sobre a tua moradia.²

Possui Televisores (em cores)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Rádio (qualquer um, menos de automóvel)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Banheiro (definidos pela existência de vaso sanitário e privativos do domicílio)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Automóvel (não táxi, vans ou pick-ups usados para atividades profissionais)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Empregada doméstica (apenas mensalistas, que trabalham pelo menos 5 dias por semana)?

Sim () Quantas? _____ Não ()

Possui Máquina de Lavar (automáticas e/ou semi-automáticas)?

Sim () Quantas? _____ Não ()

Não possui geladeira nem freeze

0 pt

Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer

4 pts

Possui geladeira de duas portas e não possui freezer

6 pts

Possui geladeira de duas portas e freezer

6 pts

Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)

Possui Videocassete e/ou DVD (qualquer tipo)?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Possui Geladeira e Freezer ?

Sim () Quantos? _____ Não ()

Para fins de pontuação:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a possui de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2a. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. As possibilidades são:

Total de Pontos: _____ Classe: _____

Hospital: _____
Data da Coleta: _____
Responsável: _____

¹NUDIF, 2009 adaptada de GIDEP - UFRGS – 1998

² Ítem derivado do Critério de Classificação Econômica Brasil, da ABEP, 2009.

Anexo C

Ficha de dados clínicos gestacionais

(NUDIF/PREPAR, 2009)

1. Identificação

- Cód. Identificação: Idade:.....
 - Hospital (atual):Prontuário:

2. História Gineco-Obstétrica

- N° de Gestações: N° de Partos à termo: N° de partos pré-termo: N° de Aborto:.....
 - Medicações utilizadas na presente gestação:

3. Acompanhamento Pré-Natal:

- Realizou acompanhamento médico durante a gestação? () Sim () Não
 Local:.....
 - Quantas consultas médicas foram realizadas no pré-natal? Quando iniciou:
 - Foi feito ultrasonografia? Sim () Não () Quantas vezes?
 - Fez uso de cigarro/álcool/outras drogas antes e/ou durante a gestação? () Não
 () Sim, qual(is)? Frequência:

4. Intercorrências na Gestação

Caracterizar

- Anemia () Não () Sim

 - Infecção Urinária (ITU) () Não () Sim

 - Hipertensão Arterial (HAS) () Não () Sim

 - Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) () Não () Sim

 - Diabetes (DM) na gestação () Não () Sim

 - Aids (HIV) () Não () Sim

 - Sangramentos () Não () Sim

 - Contrações () Não () Sim

 - Toxoplasmose () Não () Sim

- Rubéola Não Sim

.....

- Traumatismo Não Sim

.....

- Repouso Não Sim

.....

Quanto

tempo?.....

- Outras (especificar) Não Sim

.....

5. Exames Laboratoriais Realizados (alterados):.....

Data da Consulta Prontuário:/...../..... **Responsável:**

.....

¹(Adaptada do Projeto GRADO, NUDIF/GIDEP- UFRGS, 2008)

Anexo D

Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto

(NUDIF/PREPAR – UFRGS, 2009)

Hospital:.....

1. Bebê (Cód. identificação):..... **Prontuário:**

Sexo: F () M () Idade do bebê (dias): Data de nascimento:/...../.....

Peso ao nascimento: Estatura:

Idade Gestacional no parto (semanas): Obstétrica: Capurro:.....

Apgar 1º minuto: 5º minuto: 10º minuto:.....

Situação clínica logo após o nascimento (1as horas):

.....

Procedimentos realizados:

.....

Situação clínica primeiros 15 dias:.....

.....

Procedimentos realizados:.....

Data Prevista Alta (se tiver):/...../.....

Comentários:

.....

2. Mãe (Cód. identificação):..... **Prontuário:**

Idade: Tempo de internação antes do parto:

Motivo:.....

Tipo de Parto: Cesáreo () Indicação:

Normal () Uso de algum instrumento () Qual?.....

Complicações no parto: () Nenhuma; () Pré-eclâmpsia; () Eclâmpsia; () Hemorragia; () Placenta prévia;

() Febre/infecção () Outra:

Duração do parto (horas): Intercorrências após o parto:

.....

Situação clínica após o parto (1as horas):

.....

Tempo de internação após o parto:

Motivo:.....

.....

Situação clínica (primeiros 15 dias):.....

.....

Medicações utilizadas:

.....

Quais/Motivo:.....

.....

Comentários:

Data da Consulta Prontuário: **Responsável:**

¹(Adaptada do Projeto GRADO, NUDIF/GIDEP- UFRGS, 2008)

Anexo E

Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pré-alta

(NUDIF/PREPAR – UFRGS, 2009)

Hospital:.....
.....

1. Bebê (Cód. identificação):..... **Prontuário:**

.....

Sexo: F () M () Data de nascimento:/...../..... Idade do bebê: Idade corrigida:.....

Peso: Estatura:

Situação clínica no decorrer da internação:

.....

.....

.....

Procedimentos

realizados:.....

.....

.....

Situação clínica

atual:.....

.....

.....

Data da Alta:/...../.....

Comentários:.....

.....

.....

2. Mãe (Cód. identificação):..... **Prontuário:**

.....

Idade:

Situação clínica durante internação do

bebê:.....

.....

.....

Procedimentos

realizados:.....

.....
.....Comentários:.....
.....
.....
.....
.....

Data da Consulta Prontuário:/...../..... **Responsável:**

.....

¹(Adaptada do Projeto GRADO, NUDIF/GIDEP- UFRGS, 2008)



HOSPITAL MATERNO
INFANTIL PRESIDENTE
VARGAS - HMIPV - RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contribuições de uma intervenção winnicottiana no contexto da prematuridade

Pesquisador: CESAR AUGUSTO PICCININI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22268413.7.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 534.779

Data da Relatoria: 12/02/2014

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste estudo é investigar as contribuições de uma clinica winnicotiana para a díade mãe-bebê nascido pré-termo durante a internação do bebê na UTI Neonatal, em particular, com vistas a diminuir o sofrimento psíquico da mãe, os seus conflitos relacionados ao nascimento pré-termo e as dificuldades de interação com o bebê. O presente estudo parte do pressuposto de que as mães dos bebês encontram-se em estado de retraimento e sensibilidade exacerbada, dadas as características do nascimento pré-termo.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar as contribuições de uma clinica winnicotiana para a díade mãe-bebê prematuro, em particular, com vistas a diminuir o sofrimento psíquico da mãe, os seus conflitos relacionados ao nascimento pré-termo e as dificuldades de interação com o bebê. Além disso, busca-se examinar as especificidades de intervenção baseada nos conceitos winnicotianos para o contexto da prematuridade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Refere-se ser um projeto de risco mínimo, uma vez que as dificuldades apresentadas na pesquisa poderão ser resolvidas no próprio contexto do projeto, que será de atendimento. Há benefícios com a divulgação da proposta podendo esta vir contribuir para novas práticas de saúde em

Endereço: Av. Independência 661- Bl. C 7º andar

Bairro: Independência

CEP: 90.035-076

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-3358

Fax: (51)3226-9075

E-mail: hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br



HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 534.779

psicologia nos contextos hospitalares em especial a díade-mãe/bebê prematuro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é de relevância atual, pois propõe uma modalidade de intervenção particularmente desenvolvida para o contexto da prematuridade, propondo-se também a avaliar tal avaliação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória entregues.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer favorável, pois o projeto segue os preceitos éticos da legislação em vigor. Dessa forma, o CEP HMIPV aprova a execução do estudo, mas atenta para a necessidade de correção dos itens abaixo:

- TCLE, que ainda está com data de 2013 (devido a virada de ano o arquivo original deve ser atualizado);
- Cronograma, no qual consta data de coleta de dados anterior à data de seleção dos participantes.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP HMIPV. O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.

PORTO ALEGRE, 19 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Maria da Graça Alexandre
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência 661- Bl. C 7º andar

Bairro: Independência

CEP: 90.035-076

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-3358

Fax: (51)3226-9075

E-mail: hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contribuições de uma intervenção winnicottiana no contexto da prematuridade

Pesquisador: CESAR AUGUSTO PICCININI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22268413.7.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 512.422

Data da Relatoria: 13/01/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como objetivo investigar uma intervenção que terá como base a teoria da clinica de D. W. Winnicott (1956/2000), adaptada ao contexto da prematuridade. Nessa intervenção parte-se do pressuposto que a provisão ambiental e a sustentação emocional são funções primordiais do terapeuta. Assim, adaptando-se as ideias de Winnicott para o contexto da prematuridade, entende-se que o terapeuta deverá estar disponível física e emocionalmente para a díade mãe-bebê e ter a capacidade de acolher o sofrimento das mães. Na intervenção winnicottiana, o ambiente protetor e contínuo torna-se mais importante que as interpretações, já que as mães encontram-se no período pós-parto, de extrema sensibilidade, que é acentuada com o nascimento pré-termo. O terapeuta será o fator constante ambiental para elas, o qual deverá ser suficientemente bom e fornecer confiança, suprimindo as necessidades das mães. Além disso, o terapeuta deverá respeitar o ritmo de cada mãe e bebê, não adotando uma postura intrusiva.

Participantes: Participarão desse estudo cinco mães e seus bebês nascidos pré-termo. As mães e os bebês serão selecionadas na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Presidente Vargas. As mães deverão ter idade entre 20 e 45 anos, com no mínimo ensino básico completo, podendo variar quanto ao nível socioeconômico. Os bebês nascidos pré-termo deverão ter idade gestacional abaixo de 28 semanas de gestação e peso inferior a 1000g. Os bebês não deverão apresentar

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)308--5698

Fax: (513)308--5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 512.422

complicações clínicas sérias, mesmo estando em incubadoras.

Delineamento e procedimentos: Será utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994), de caráter longitudinal. As díades que atenderem os critérios descritos acima desse estudo, serão indicadas pela psicóloga responsável pelo atendimento psicológico na UTI Neonatal e convidadas a participar do presente estudo. O acompanhamento terá início imediatamente após o nascimento do bebê. Os atendimentos com as mães e todas as entrevistas serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, para fins de análise. Outros diálogos com a mãe, assim como observações da interação mãe-bebê na UTI Neonatal e de outros aspectos não-verbais observados pela autora do presente estudo, serão registrados em um relatório diário e poderão ser utilizados para supervisão clínica e para complementar informações obtidas através dos outros instrumentos e dos atendimentos.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar as contribuições de uma intervenção winnicotiana para a díade mãe-bebê prematuro, em particular, com vistas a diminuir o sofrimento psíquico da mãe, os seus conflitos relacionados ao nascimento pré-termo e as dificuldades de interação com o bebê. Além disso, busca-se examinar as especificidades de uma intervenção baseada nos conceitos winnicottianos para o contexto da prematuridade. Para além de se compreender em profundidade cada caso, se buscará também investigar eventuais semelhanças entre eles.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Refere-se a um projeto de risco mínimo, uma vez que possíveis dificuldades despertadas pela participação na pesquisa poderão ser trabalhadas no próprio contexto do projeto, que será de atendimento. Quanto aos benefícios, as intervenções buscarão diminuir o sofrimento da mãe e aproximar a díade mãe/bebê prematuro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem dúvida trata-se de um projeto muito relevante, pois propõe uma modalidade de intervenção particularmente desenvolvida para o contexto da prematuridade, propondo-se também a avaliar tal intervenção.

O projeto de pesquisa é consistente teórica e metodologicamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos e documentos encontram-se de acordo com as exigências estabelecidas pela CONEP.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)308--5698

Fax: (513)308--5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 512.422

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto já havia sido aprovado por este Comitê de Ética. Em avaliação pelo Comitê do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - instituição coparticipante - foram sugeridas novas alterações, as quais foram integralmente atendidas pelos pesquisador. Assim, o projeto encontra-se aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 20 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Clarissa Marcell Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTOALEGRE

Telefone: (513)308--5698

Fax: (513)308--5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br