

Da observação ao atendimento na UTI neonatal:  
por uma intervenção menos intervencionista

**Denise Steibel**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Curso de Pós-Graduação em Psicologia**

**Porto Alegre, abril de 2015.**

Da observação ao atendimento na UTI neonatal:  
por uma intervenção menos intervencionista

**Denise Steibel**

Tese de Doutorado apresentada como exigência parcial  
para obtenção do grau de Doutor sob Orientação da  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes e  
Supervisora Clínica: Dra. Nara Amália Caron

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Instituto de Psicologia**  
**Curso de Pós-Graduação em Psicologia**

**Porto Alegre, abril de 2015**

## SUMÁRIO

Agradecimento.....	3
RESUMO E ABSTRACT.....	5
CAPITULO I – INTRODUÇÃO .....	6
O complexo contexto da prematuridade .....	8
Método Bick de Observação de Bebês e suas contribuições ao contexto da prematividade.....	20
Em busca de uma intervenção não intervencionista .....	28
Justificativa e Objetivos .....	35
CAPÍTULO II – MÉTODO .....	38
Participantes.....	38
Delineamento e Procedimentos .....	39
Instrumentos.....	39
Considerações Éticas sobre o estudo.....	40
Análise dos dados.....	40
CAPÍTULO III – JOSIANE E LUANA: QUEM VAI SEGURAR ESTA BOMBA? .....	41
Ambiente da UTI neonatal .....	41
Evolução do atendimento .....	55
CAPÍTULO IV – DA OBSERVAÇÃO À CLÍNICA: EM BUSCA DA CONSTRUÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO NÃO INTERVENCIONISTA .....	95
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	110
REFERÊNCIAS .....	114
ANEXO I – Termo de consentimento Livre e Esclarecido .....	123
ANEXO II – Aceitação do Comitê de Ética .....	125

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Diogo, que sempre esteve ao meu lado, admirando e incentivando a minha trajetória de estudos e acreditando no meu potencial. E, por ser esta pessoa especial, autêntica, instigadora, brilhantemente diferente de mim que diariamente me oferece a oportunidade de crescer junto com ele, em uma lenta e prazerosa construção de uma vida a dois.

Aos meus pais, João e Vera, que muito antes de eu iniciar meu percurso como psicóloga já teciam cuidadosamente a construção de uma base segura que possibilitou que eu estivesse aqui hoje.

Aos meus irmãos, Gustavo e Letícia, que como irmãos mais velhos também ajudaram na minha formação pessoal. Minha cunhada Nicole e minhas lindas sobrinhas Martina e Rafaela que a cada dia me ensinam algo simples e encantador da natureza humana.

À Rita, minha orientadora, que sempre teve muita paciência em aguardar o meu tempo de escrita, o meu tempo de elaboração, me incentivando quando achava que não teria forças para concluir a tese.

À Nara, minha supervisora clínica, pelo suporte e aprendizado vivencial que me proporcionou ao longo destes anos, sem os quais a construção pessoal e teórica não poderia ter ocorrido.

E mesmo que redundante, agradeço à dupla, Nara e Rita, que formaram um casal parental essencial para que este trabalho nascesse.

Às minhas colegas especiais, Cristina Gerhardt, Cristiana Ilha Moreira e Fernanda Inda Silveira que fizeram parte do grupo de terapeutas que atendiam as mães na UTI neonatal. Em especial a Cris, que desde a faculdade foi minha colega, e hoje novamente somos colegas de formação analítica, e mais do que uma colega é uma grande amiga que torceu muito para que esta tese fosse concluída.

Ao meu analista, Ruggero Levy, pelo espaço analítico de cuidado e respeito delicadamente tecido por ele, sessão a sessão, que vem proporcionando um ambiente fértil para o meu crescimento pessoal, e, profissional, se oferecendo a estar junto comigo neste árduo percurso de conhecimento sobre a minha natureza humana.

Aos amigos próximos que acompanharam a árdua tarefa da escrita da tese.

Às pacientes que atendi ao longo da minha atividade dentro da UTI neonatal, que me deram a oportunidade de aprender muito com elas e seus bebês. Entre os casos que atendi,

tanto os mais “fáceis” quando os mais “complicados”, me ensinando que não há mães boas ou más, mas sim desafios diários em achar uma forma única de ser mãe para cada bebê, respeitando as riquezas e as limitações de cada personalidade.

## **RESUMO**

A UTI neonatal é um ambiente altamente intrusivo, sendo um desafio para pais e equipe manter-se integrados emocionalmente. Partindo deste potencial intrusivo, esta tese teve como objetivo desenvolver uma técnica de intervenção pais-bebê menos intervencionista. Em especial, buscou-se uma forma de adaptar-se às necessidades das mães neste contexto, no intuito de oferecer uma escuta qualificada e um espaço continente. A terapeuta baseou-se no método Bick de observação de bebê e na teoria e técnica psicanalítica de atendimento a pacientes regressivos de Donald Winnicott. Foi analisado extensivamente um dos casos atendidos durante o período de hospitalização do bebê prematuro, bem como discutido aspectos sobre o ambiente da UTI neonatal. Conclui-se que a presença de um profissional da saúde mental que tenha um percurso intenso e rigoroso de treinamento da capacidade de escuta, deixando-se usar para compartilhar experiências intensas e primitivas com as mães e a equipe, tem uma função integradora importante.

**Palavras-Chave: intervenção pais-bebê; prematuridade; método Bick.**

## **ABSTRACT**

The NICU environment is highly intrusive and therefore a challenge for parents and staff to keep emotionally together. Based on this intrusive aspect, this thesis aimed to develop an parent-infant intervention less intrusive. In particular, we sought a way to adapt to the needs of mothers in this context , in order to offer a qualified listening and a continent space. The therapist was based on the Bick method of infant observation and psychoanalytic technique of regressive patients described by Donald Winnicott. For this, it was analyzed extensively one of the cases seen by the author during the premature infant hospitalization and it also was discussed dynamics aspects of the NICU environment. It was concluded that the presence of a mental health professional that has an intense and rigorous training in the ability to listen and in the capacity to let be used to share intense and primitive experiences with the mothers and the staff has an important integrative function in this naturally disruptive environment.

**Key-Words: parent-infant intervention; prematurity; Bick method.**

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUÇÃO**

Desde seus primórdios, a psicanálise tem o interesse de entender as vivências emocionais, o funcionamento psíquico e as forças inconscientes propulsoras dos comportamentos e das relações humanas. Ao longo dos anos, o interesse por fases mais precoces do desenvolvimento, como a infância e, mais atualmente, pelo período perinatal e puerperal vem crescendo consideravelmente. Estes novos interesses necessariamente acarretaram mudanças importantes quanto à técnica investigativa, pois em se tratando de adultos, crianças ou bebês, cada um tem uma forma própria de se comunicar. Adultos falam, crianças brincam, e os bebês? Como acessamos o mundo emocional destes seres tão pequenos, mas já capazes de gerar sentimentos muito intensos em quem os cuida?

Esther Bick foi uma psicanalista britânica que nos meados do século passado desenvolveu um método psicanalítico de observação de bebês que proporcionou uma ferramenta valiosíssima, a qual possui o privilégio de acessar conteúdos não-verbais, predominantemente sensoriais, que fazem parte da vida emocional primitiva. Muitos autores vêm respaldando e validando a potencialidade do método nesta área, já havendo diversos estudos que utilizam o método como forma de captar conflitos ainda em uma idade muito precoce (Almeida, 2004; Amadeu & Hartmann, 2004; Anscombe, 2008; Caron, 1995; Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000; Caron & Lopes, 2014; Caron, Lopes & Donelli, 2013, Cohen, 2003; Cresti & Lapi, 1997; Donelli, 2008; Jardim, Detry, Denis, Moreau & Sibermann, 1997; Lazar, Röepke & Ermann, 2006; Negri, 1994; Noel, 1998; Perez-Sanchez, 1983; Piontelli, 1995; Reid, 1997; Rustin, 2006; Sandri, 1997; Steibel, 2011; Vivian, 2006).

Buscando áreas ainda pouco exploradas e compreendidas, o método Bick vem sendo aplicado a diferentes contextos. Um destes contextos é o da prematuridade, no desafio de entender como bebês, que ainda não estariam prontos física e emocionalmente para estar fora do útero, sentem a chegada abrupta e precoce ao mundo. Baseado na literatura (Cohen, 2003; Druon, 1997, Lazar, Röepke e Ermann, 2006; Mendelsohn, 2005; Negri, 1994) e na dissertação de mestrado da autora desta tese (Steibel, 2011; Steibel, Lopes e Caron, 2014), pôde-se constatar o caráter intruso do ambiente da UTI neonatal, a dificuldade em manter-se inteiro diante de uma avalanche de sentimentos caóticos e o desafio que é para os pais, bebês e equipe metabolizar as vivências neste contexto. Frente a um ambiente potencialmente

intrusivo e, portanto, desagregador do ponto de vista emocional, identificou-se a necessidade de estudar uma forma de ajudar as mães e bebês neste contexto. Mas como?

Juntamente com as novas descobertas do desenvolvimento primitivo emocional primitivo e das relações mãe-bebê surge uma nova possibilidade de atendimento psicoterápico, as chamadas “intervenções precoces”, destinadas ao atendimento de crianças bem pequenas, de 0 à 3 anos que apresentam alguma dificuldade no desenvolvimento. O termo intervenção parece ter nascido da ideia de que estes atendimentos eram breves e rapidamente reveladores, pois o sintoma do bebê poderia desaparecer após algumas intervenções do terapeuta (Fraiberg, 1975; Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975; Maury, 1999; Mendelsohn, 2005; Reid, 2000; Watillon, 1993). Com intuito de refletir sobre esta terminologia bem como a técnica “intervencionista”, estávamos em busca de uma técnica menos intervencionista, ou seja, menos intrusiva.

Identificou-se no método Bick de observação de bebê uma forma não intrusiva de estar emocionalmente conectado com a mãe e o bebê prematuro, contendo nesta relação um potencial terapêutico. Considerando que o método Bick tem como objetivo observar e não intervir, foi necessário ampliar a função da observação, desenvolvendo uma técnica de atendimento própria para estas mães que será discutida na presente tese. Para isso, também se buscou os conhecimentos de técnica com pacientes regressivos de Donald Winnicott.

Assim, este estudo tem como objetivo desenvolver uma técnica de intervenção pais-bebê menos intervencionista. Em especial, buscou-se uma forma de adaptar-se às necessidades das mães neste contexto, no intuito de oferecer uma escuta qualificada e um espaço continente. A terapeuta baseou-se no método Bick de observação de bebê e na teoria e técnica psicanalítica de atendimento a pacientes regressivos de Donald Winnicott. Para isso, será analisado extensivamente um dos casos atendidos pela autora durante o período de hospitalização do bebê prematuro dentro da UTI neonatal. Os demais casos atendidos pela autora também aparecerão na tese de forma implícita, como pano de fundo na compreensão do ambiente da UTI neonatal.

A seguir, serão apresentados estudos sobre a prematuridade, bem como alguns achados psicanalíticos sobre o ambiente e as relações interpessoais dentro da UTI neonatal. Em seguida, serão apresentados os fundamentos do método Bick, aqui considerado exemplar na investigação de vivências primitivas e, portanto, para o contexto da prematuridade. E por fim, será exposto o tema da aplicação do método Bick à prática clínica, juntamente com os conhecimentos técnicos de Winnicott no manejo com pacientes regressivos.

## O complexo contexto da prematuridade

A literatura define como prematuros os bebês que nascem com menos de 37 semanas (Cunningham et al., 2000; Organização Mundial da Saúde (OMS), 2006; Ramos, Martins-Costa, Valério & Müller, 2006). Os bebês prematuros são subdivididos em graus de prematuridade, de acordo com as semanas gestacionais e com o peso. Em relação às semanas gestacionais são divididos em: pré-termo propriamente dito, de 32 a 37 semanas; muito pré-termo, de 28 a 31 semanas; e extremamente pré-termo, de 24 a 27 semanas. E em relação ao peso: os menores de 2500g são considerados de baixo peso; menores de 1500g de muito baixo peso e menores de 1000g de extremo baixo peso (Cunningham et al., 2000; Ramos et al., 2006; Rezende & Montenegro, 2008).

Os partos pré-termo ocorrem entre 7% e 10% dos partos (Ramos et al., 2006; Rezende & Montenegro, 2008; Sola, Rogido & Partridge, 2002), sendo que alguns autores apontam que esta estimativa possa ser maior em classes menos favorecidas ou em mulheres que não realizaram o acompanhamento pré-natal (Sola et al., 2002). Um estudo mais recente realizado em âmbito nacional apontou que esta prevalência aumentou para 11,8% no ano de 2011 no Brasil (Unicef, 2013). Neste novo levantamento, foi feita uma correlação entre prematuridade com os altos índices de cesáreas realizadas no país. Neste sentido, percebeu-se que nos estados das regiões centro e sul, onde o número de cesáreas é mais alto, o número de nascimentos prematuros também é mais elevado.

Embora os nascimentos prematuros venham aumentando, destaca-se que o índice de mortalidade de bebês pré-termo vem diminuindo bastante nos últimos anos, principalmente em bebês de baixo peso, devido ao grande avanço da tecnologia. Com isso, o limite da sobrevivência também tem aumentado, considerando que, no ano de 1940, o limite de vida era 1500g, em 1970 era 28 semanas e 1000g, e, atualmente, é a partir de 22 ou 23 semanas gestacionais completas (Miller, 2007) e 500 gramas (Rezende & Montenegro, 2008). Frente a esta realidade otimista quanto à sobrevida destes bebês, enfatiza-se que ainda há divergências quanto à assistência aos extremamente prematuros, pois estes possuem grandes riscos de terem lesões importantes e irreversíveis (Miller, 2007).

Anspach (1993) problematizou a questão do limite da tecnologia em salvar bebês que nascem extremamente prematuros. Embora, por um lado, ressaltou a tecnologia como responsável por salvar muitos bebês e proporcionar sua sobrevivência, por outro, salva bebês que já nasceram muito doentes, não lhes dando permissão para naturalmente não

sobreviverem. A autora destaca uma lacuna quanto às leis que fundamentam estas decisões, afirmando que a discussão sobre o direito de viver e/ou o de morrer, e quem deve fazer esta decisão, ainda precisa ser amplamente debatida.

A ética neste âmbito vem sendo tema de interesse da ciência médica, pois o dilema entre o limite de salvar ou não a vida de bebês que nascem extremamente prematuros permanece sem uma resposta conclusiva. Bezerra et al. (2014), um grupo vinculado à Universidade de Pernambuco, Brasil, fizeram uma revisão da literatura em relação aos artigos publicados nos últimos 10 anos, incluindo as palavras chaves “prematuro”, “ética” e “recém-nascido de baixo peso”. O resultado que tiveram é que recém-nascidos extremamente prematuros vêm preocupando a equipe médica devido à alta incidência de sequelas físicas e emocionais em decorrência do longo período de hospitalização no início da vida. No entanto, embora o tema venha sendo discutido, ainda é nebulosa qual a conduta a ser tomada, como e quem deve participar desta decisão, pois é difícil saber como aquele determinado bebê vai responder ao tratamento.

O diagnóstico do parto pré-termo é eminentemente clínico e, por vezes, incerto. No entanto, é importante que alguns indicadores (modificações cervicais, contrações uterinas, sangramento vaginal, alteração do mal-estar fetal) sejam considerados, pois a falta de uma intervenção rápida nestes momentos pode ser fatal para o bebê (Ramos et al., 2006). Entre algumas causas dessas ocorrências clínicas, destacam-se: gestação gemelar, ruptura prematura de membrana, cérvix uterina incontinente, malformação uterina, malformação fetal, doença materna e idade materna avançada. Steer (2006) apontou alguns outros fatores associados ao nascimento prematuro, como: imprecisão médica na hora de realizar o ultrassom; realização do parto induzido ou cesariana antes do tempo; aumento do número de mulheres com problemas de infertilidade; crescente procura por técnicas de reprodução assistida; e o aumento no consumo de cigarros pela mãe. Embora a literatura apresente este grupo de causas possíveis para a interrupção espontânea da gestação, na prática constata-se que dificilmente a etiologia é identificável (Ramos et al., 2006; Ramos & Cuman, 2009).

Os bebês prematuros, principalmente os extremamente prematuros, não nascem prontos para se adaptar ao ambiente extra-uterino, tendo entre as suas principais dificuldades, uma diminuição na atividade muscular, deficiência no controle da temperatura corporal, da sucção, da deglutição, da respiração, do aparelho circulatório, da concentração urinária, além de uma maior suscetibilidade a infecções. Desta forma, os equipamentos artificiais entram com a função de manter a vida, equilibrando estas faltas, mantendo o calor, ajudando a

respirar, a alimentar, a defecar e manter o controle da homeostase corporal (Araújo, 2003; Maury, 1999).

Devido às deficiências em seus órgãos ainda não formados, estes aparelhos tornam-se indispensáveis para a manutenção da vida dos bebês pré-termo. No entanto, enfatiza-se que esses manejos e invasões geram incômodos e dores ao bebê, sendo necessário que a equipe esteja ciente de que o menor manejo com o bebê é o mais indicado (Cohen, 2003). Cohen baseia suas conclusões em sua formação como psicanalista e no trabalho que desenvolve há mais de 10 anos em uma UTI neonatal de Londres. Mathelin (1999), também baseada em sua prática dentro da UTI neonatal na França, acrescentou que além de estes bebês já sentirem dor, também já são capazes de sentir o ambiente que os cerca. Atualmente, com o auxílio da farmacologia, este sofrimento pode ser amenizado por meio de analgésicos e anestésicos. No entanto, estes medicamentos, como todos os procedimentos com estes bebês, devem ser administrados com cautela, buscando um equilíbrio entre poupar o bebê de dor intensa, pois o alto estresse também pode trazer consequências importantes para a sua estabilidade, e o cuidado para não administrar uma sobredose, pois esta também poderá deixar sequelas (Cohen, 2003).

Lazar, Röepke & Munich (2006) utilizou o método Bick de observação de bebê na UTI neonatal e perceberam que as necessidades médicas variam de acordo com a idade gestacional com que o bebê nasce, bem como com doenças associadas e características pessoais de cada bebê. Análogo a sua imaturidade física, evidenciou-se também que não estão prontos para interagir com o meio, pois não possuem ainda a capacidade de sustentar os processos básicos da vida e habilidade para ser, como um bebê a termo. Gaíva & Scochi (2005) um grupo de enfermeiras que realizou uma observação participante por 6 meses, juntamente com a análise dos prontuários com intuito de compreender a participação dos familiares no cuidado do bebê prematuro, corroborou estes dados, apontando que antes que seu bebê adquira um mínimo de estabilidade clínica, o espaço para a participação da mãe nos cuidados é limitada. Pizzoglio (1999) quando descreveu sobre a prática clínica de um psicanalista dentro de uma UTI neonatal, destaca que somente ultrapassados o risco de vida e as intervenções mais invasivas, o bebê prematuro começa a ter experiências semelhantes às do bebê a termo. Sua boca inicia a sucção, a pele passa a ser fonte de contato com os pais, as buscas pela interação se tornam mais frequentes e tomam sentido. O corpo fica mais solto e os membros livres, permitindo o toque em seu próprio corpo e um contato mais íntimo com os pais.

Nesta complexidade do início da vida, Winnicott (1970/1994) enfatizava a importância da relação entre a psique e o soma, atribuindo a integração do ser humano a um arranjo operacional satisfatório entre ambos. No contexto da prematuridade, vê-se que os bebês, principalmente os extremamente prematuros, sofrem de deficiências tão graves em seu corpo que a instalação da psique pode ser prejudicada. O autor destaca que “a criança prematura se mostra pouco capacitada a viver experiências como um ser humano” (Winnicott, 1988a, p.147), demonstrando menos capacidade de responderem a possíveis intrusões do ambiente. Além de terem nascido precocemente, são submetidos a muitos procedimentos que invadem seu corpo, sem que este tenha condições de metabolizá-los.

Druon (1997) baseada em sua prática como psicanalista dentro de uma UTI neonatal da França ressalta que é difícil saber quando os bebês prematuros tornam-se sensíveis o suficiente para perceberem a presença do outro. Destaca ainda que o bebê precisaria atingir em torno de 2500 gramas para que tivesse seu estado somático satisfatório, e, somente então, poderia atingir alguma consensualidade, e interagir com a sua mãe. No entanto, a emocionalidade destes bebês, mesmo os menores de 2500 gramas, já pode ser percebida pelo observador através de seu próprio corpo (Moreira et. al, 2011).

Mathelin (1999) também psicanalista francesa que trabalha em uma UTI neonatal aponta que os bebês já nascem com a habilidade de entender a linguagem, mesmo que não entendam as palavras em si, já se interessando quando nos dirigimos a eles, e principalmente sabem diferenciar a fala materna das outras. No entanto, apontou que não são as palavras em si que eles entendem, pois quando os bebês escutam as mesmas palavras de suas mães vindas de um gravador, não apresentam a mesma reação. A autora concluiu que a comunicação do bebê com sua mãe está muito mais vinculada a um ritmo do que ao aspecto concreto da mamada ou da linguagem estabelecida entre mãe e bebê.

Neste sentido, a experiência de maternidade no contexto da prematuridade também enfrenta mudanças importantes. Tracey (2002), juntamente com um grupo de pesquisadores com formação em psicoterapia psicanalítica da Austrália, realizaram um estudo com doze casais, dos quais 6 tiveram seus bebês prematuros e 6 a termo. Os casais foram entrevistados individualmente 18 vezes após o nascimento dos bebês, cada entrevista tendo duração de 50 minutos e sendo conduzida de forma livre sem um roteiro. Tracey (2002) apontou que as mães podem ter sua constelação da maternidade, conceito descrito por Stern (1997), distorcida pelo impacto da prematuridade. Através da interrupção abrupta da gestação, são arremessadas à maternidade antes de estarem prontas para tal, não tendo tempo suficiente para

alterar sua representação materna. Harris (2005) trabalhou com mães que tiveram seus bebês severamente doentes e internado no hospital por um tempo longo e destaca que a chegada de um bebê prematuro pode ser um evento muito marcante e que pode acarretar em dificuldades no desenvolvimento da parentalidade.

Lebovici (1992) descreveu que o desejo de maternidade é algo muito precoce e se constrói desde a infância pré-edípica e edípica. Com a gravidez, os pais constroem a concepção de um “bebê imaginário”, onde projetam seus desejos. Frente à situação do parto, os pais deparam-se com a tarefa de confrontar seu “bebê imaginário”, previamente construído em sua mente, com o seu “bebê real”. Tanto Braga, Zornig & Morch (2004) que entrevistaram quatro mães de bebês prematuros e fizeram uma análise qualitativa em busca de representações imaginárias do bebê, quanto Wirth (2000) que realizou uma aplicação do método Bick em uma UTI neonatal, afirmaram que no caso de bebês prematuros, o desafio desta confrontação feita por Lebovici (1992) torna-se ainda mais árduo, pois seu recém-nascido pouco se assemelha ao bebê idealizado durante a gestação.

Almeida (2004) que desenvolveu uma oficina de criatividade com as mães de bebês prematuros durante a hospitalização como forma de intervenção psicológica, oportunizando um espaço de confecções de artigos para os bebês, destacou que algumas mães podem apresentar dificuldades em olhar para seu bebê prematuro, pois estes apresentam respostas diferentes do que esperavam. Warren (2002), baseado na mesma pesquisa australiana de Tracey (2002), corroborou estes dados, ressaltando inclusive que, nestas situações, algumas mães podem prender-se à representação de seu bebê imaginário e negar-se a descobrir seu bebê real.

O nascimento prematuro de um bebê inevitavelmente está vinculado a um processo de luto dos pais pela perda de seu bebê perfeito (Brazelton, 1988). Harris (2005) aponta que neste momento de crise, é possível que tanto a mãe quanto o bebê se desconectem desta situação geradora de angústia e, conseqüentemente, um do outro.

Aliado a uma ideia de que os pais falharam, é comum também um sentimento de impotência de ambos (Warren, 2002; Wirth, 2000). Noel (1998), que desenvolveu um estudo observacional com alguma similaridade com o método Bick e que tinha o objetivo de compreender as dificuldades alimentares na UTI neonatal, acrescentou que além do sentimento de impotência, a mãe pode sentir-se especialmente culpada por não ter conseguido manter a gestação até seu término. Autores como Brazelton (1988) baseado em seus 30 anos como pediatra e pesquisador nos Estados Unidos, Mendelsohn (2005) psicanalista britânica

que trabalhou em uma UTI neonatal, e Tracey (2002) afirmaram que estes sentimentos de culpa e autoacusação da mãe estão ligados à separação do bebê antes que este esteja pronto física e emocionalmente. Além disso, estas mães têm que suportar a frustração e encarar a ansiedade sobre a possível não sobrevivência do seu bebê (Cohen, 2003). Tracey (2002) destacou que este perigo de morte acarreta uma incapacidade da mãe de sentir prazer pela chegada do seu filho.

Wirth (2000) descreve que este período de hospitalização do bebê gera uma interrupção da relação mãe-bebê, que acarreta um trauma real vivido pelos pais, e que as reações destes podem ser múltiplas. Cohen (2003) enfatizou que essa vivência traumática por parte dos pais ocorre em virtude de não poderem assumir os cuidados do seu bebê e não poderem iniciar o processo de conhecimento do seu filho, tendo que manter-se afastados e impotentes frente às necessidades de seu bebê. Este afastamento pode fazer com que muitas mães sintam-se com medo ou incapazes de interpretar os comportamentos do seu bebê, aumentando a distância da dupla (Mendelsohn, 2005). Neste contexto, o restabelecimento deste vínculo rompido é fundamental para a saúde mental do bebê, e a equipe pode ter um papel importante nesta conquista (Wirth, 2000).

Alguns estudos corroboraram a ideia de que a aproximação da mãe é favorável ao desenvolvimento do bebê. Amadeu e Hartmann (2005) baseados no estudo em que acompanharam 6 duplas mãe-bebê através de uma adaptação do método Bick de observação, juntamente com entrevistas semi-estruturadas e dados do prontuário, concluíram que a permanência da mãe na UTI proporciona uma melhora significativa do quadro clínico do bebê. Assim, sugeriram que quanto mais rápido a mãe conseguir aproximar o bebê real do bebê imaginário, mais cedo terá condições de aproximar-se do seu filho, podendo, assim, amenizar alguns impactos da prematuridade para ambos.

Constata-se, ainda, que bebês que estão sendo segurados por suas mães, frequentemente necessitam de menos oxigênio do que quando estão sozinhos (Cohen, 2003). Klaus e Kennel (1992) e Maldonado (1979) enfatizaram que este contato físico entre mãe e bebê é importante, e que estimula o vínculo afetivo da díade, ressaltando, ainda, que no caso de prematuros, este comportamento pode auxiliar o bebê a melhorar seu estado clínico.

Embora Brazelton (1988) tenha enfatizado que a proximidade das mães com seus bebês facilite o processo de elaboração deste luto, ressaltou que o fator tempo ainda mostra-se muito importante neste processo, sendo fundamental que os profissionais estejam preparados para respeitar este ritmo da díade. Assim, descreveu cinco etapas que os pais percorrem até

chegarem a um momento em que se sentem seguros para trabalhar e relacionar-se com seu bebê prematuro. Primeiramente, os pais costumam relacionar-se com seu filho através das informações médicas fornecidas pela equipe e, à medida que percebem uma melhora no seu bebê, parecem sentir-se mais confortáveis para se aproximarem um pouco mais. Assim, passam para a segunda etapa, quando observam o seu bebê e como ele se comporta frente a estímulos das enfermeiras e médicos. Podendo perceber respostas que o bebê fornece aos estímulos, os pais, já na terceira etapa, começam a conceber este bebê como uma pessoa. Desta forma, chegam ao estágio quatro, no qual eles já se sentem à vontade para estimularem seu bebê, mesmo que ainda com certa cautela. E, por fim, os pais sentem-se à vontade para pegar e acariciar seu bebê, apropriando-se da sua função parental e vínculo com seu bebê.

Warren (2002) também descreveu que o bebê precisa da mãe desde o princípio de sua vida como uma organizadora de suas experiências, enfatizando que, à medida que a mãe consegue acolher seu bebê em sua mente, este demonstra uma melhora clínica importante. Tracey et al. (2002) concluíram, através dos dados da mesma pesquisa de Warren (2002), que enquanto a sobrevivência do bebê prematuro depende quase que exclusivamente dos aparelhos e da equipe médica, a mãe costuma se sentir impotente, implicando, assim, em uma séria intrusão no seu estado de preocupação materna primária com o bebê.

Mesmo que haja inúmeros estudos que apontem que a proximidade dos pais com os bebês esteja relacionada com uma melhora clínica destes (Amadeu & Hartmann, 2005; Cohen, 2003; Klaus & Kennel, 1992; Maldonado, 1979; Wirth, 2000), em casos de extremos prematuros, constata-se que há muito pouco que os pais possam realizar por seus filhos. Warren (2002) destacou que, neste contexto, são as máquinas que dão vida ao bebê e é a equipe que passa a ser a cuidadora primária, e não os pais. Neste cenário, os pais são tomados por sentimentos primitivos e caóticos, gerando uma sensação de impossibilidade de formar um vínculo com seu bebê e um intenso medo de que ele morra.

Negri (1994), neuropsiquiatra italiana que desenvolveu trabalho de observação e atendimento na UTI neonatal, apontou que a interferência dos aparelhos e da equipe na relação mãe-bebê faz com que, muitas vezes, a mãe sinta-se inadequada frente à tamanha habilidade das enfermeiras de lidar com seu frágil bebê. Neste momento, há uma ampla gama de sentimentos despertados na mãe, pois embora se sinta culpada por não poder cuidar do seu filho, também pode sentir raiva em relação à equipe pela sensação de invasão da intimidade mãe-bebê (Tracey, 2002). No início, quando os bebês estão em grande perigo, as mães

tendem a mostrar-se mais assustadas, ao passo que quando os bebês evidenciam melhoras, elas sentem-se mais calmas (Cohen, 2003).

Não há dúvidas de que a aproximação dos pais em relação ao seu bebê prematuro é uma tarefa árdua, independente da origem que possa ter esta dificuldade. No entanto, observa-se que a qualidade da relação materno-filial é mais influenciada pela gravidade da doença do bebê do que por alguma característica de personalidade da mãe (Harris, 2005). Lax (1972) que escreveu um artigo sobre a relação da mãe com bebê que nasce doente ressalta que essa relação também pode ser muito influenciada pelas fantasias que a mãe havia projetado para seu bebê.

Além disso, destaca-se que questões próprias do ambiente também podem exercer fortes interferências na relação mãe-bebê. Retomando a questão do desenvolvimento e experiência emocional inicial dos bebês, Winnicott (1967/1975) apontou que o meio ambiente possui um papel vital para a sobrevivência e o desenvolvimento deste. Inicialmente, o bebê encontra-se totalmente dependente do ambiente, percebendo os objetos como parte de si mesmo, pois, neste estágio, ele ainda não é capaz de diferenciar-se do ambiente. Através da relação com o ambiente, inicialmente representado pela mãe, o bebê vê-se espelhado no rosto materno, movimento responsável pela inauguração de sua existência e, conseqüentemente, o início de um processo gradual de separação do bebê e do ambiente (Winnicott, 1945/2005).

No estágio inicial da vida, observa-se uma dependência tão grande do ambiente, absoluta como Winnicott (1969/1994) descreveu, que o comportamento daqueles que o rodeiam não podem ser desconsiderados. Portanto, o ambiente se apresenta como um fator importante, pois, inicialmente, constitui-se uma parte deste bebê. Neste período, em que a dependência é absoluta, não podemos descrever o bebê sem descrever o seu meio ambiente, pois eles ainda não foram diferenciados (Winnicott, 1969/1994). Nas palavras de Winnicott (1969/1994, p.196), “O bebê é um fenômeno complexo que inclui o seu potencial e mais o seu meio ambiente”. Destaca-se que esse ambiente é rotineiramente associado aos cuidados maternos e aos contornos que a mãe dá ao bebê, pois é ela quem costuma ser a cuidadora primária.

No entanto, no contexto da prematuridade, a principal necessidade do bebê prematuro, diferentemente do bebê nascido a termo, é a manutenção e bem-estar biológico, permanecendo em segundo plano as respostas afetivas e sociais frente às estimulações do ambiente e dos cuidados (Zornig, Morsch & Braga, 2004). O bebê prematuro é, inicialmente, privado do seio e dos braços da mãe, além de ser incomodado pelos cuidados médicos e

exames. Sua pele é excitada, e as funções e os órgãos são prematuramente solicitados, o que se torna potencialmente estressante (Mendelsohn, 2005; Muller-Nix & Forcada-Guex, 2009; Pizzoglio, 1999). Desta forma, a mãe/ambiente fica temporariamente substituída pelos maquinários e pela equipe que cuida do bebê, sendo fundamental entendermos o ambiente a que estes bebês são expostos para entendermos suas vivências iniciais.

A UTI neonatal, repleta de sensores, monitores, tubos, respiradores, fios e bebês de aparência frágil é comumente marcada por desencontros entre o bebê e seus pais (Morsch & Braga, 2007). Tudo isso faz com que a vida na UTI neonatal seja cheia de estímulos agressivos, como luz forte, ruídos monótonos e desconhecidos, cuidados e toques dolorosos que geralmente desrespeitam o sono do bebê. Constata-se que é um ambiente de estresse, onde estão presentes simultaneamente as dificuldades no manuseio de bebês pequenos e frágeis (Wirth, 2000), e o conflito da vida e da morte (Pizzoglio, 1999; Wirth, 2000).

Kraemer (2006), terapeuta de Nova Iorque, Estados Unidos, descreveu a ansiedade que sentiu quando entrou em uma UTI neonatal pela primeira vez. O senso de emergência, sentimentos de desespero e tristeza, e o choque de se deparar com bebês pequenos e incompletos e pais ainda sem um lugar. Frente a esta vivência, a autora se questionou como poderia manter-se viva psiquicamente, podendo pensar e sentir em um ambiente onde há muitos bebês precisando serem “pegados” (holding), mas ao mesmo tempo não podem ser “segurados” pela sua fragilidade.

O ambiente da UTI neonatal é cheio de discontinuidades, pois os inúmeros procedimentos invasivos a que os bebês são submetidos são frequentes e interferem no seu sono e sua homeostase (Druon, 1997). Além disso, a equipe também está sempre em constante troca de plantões e de sala da UTI, dificultando uma presença mais contínua de cuidado com o bebê.

Slevin e colegas (2000) fizeram um estudo em Dublin, na Irlanda, com um grupo de 10 bebês prematuros que estavam sob ventilação mecânica, que haviam nascido entre 24 e 32 semanas gestacionais e entre 600 e 2600 gramas. Neste estudo, os autores testaram a reação dos bebês quando o ambiente se tornava mais quieto, incluindo uma diminuição da luz, dos barulhos, do manuseio dos bebês e da circulação dos profissionais. Como resultado, comprovaram que quando os estímulos do ambiente eram mais amenos, os bebês obtinham um melhor equilíbrio em relação à pressão arterial e à saturação de ar. Com isso, os autores apontaram para a importância de que o ambiente da UTI neonatal possa ser mais ameno e menos estressante para os bebês.

Smith e colegas (2011), grupo de estudos da Universidade de Washington, Estado Unidos, também estudaram os estímulos do ambiente da UTI neonatal através da gravação em vídeo do manejo de bebês que nasceram com menos de 30 semanas de gestação, associado com tomografias e testes neurológicos e comprovaram que o excesso de estímulo e manuseio prejudica significativamente o desenvolvimento cerebral destes bebês.

Negri (1994) descreveu a importância de adequar o manuseio destes bebês de acordo com o seu nível de desenvolvimento de habilidades sensoriais. Isso porque notou em seu trabalho que o manuseio excessivo pode gerar uma interrupção no ritmo do sono do bebê, bem como uma dessaturação do oxigênio, gerando desequilíbrio. Desta forma, enfatizou a importância de a equipe estar atenta ao nível de desenvolvimento deste bebê, de acordo com a idade gestacional com que este nasceu, para que possa se criar o que a autora chamou de ações preventivas ambientais. Estas ações são direcionadas aos pais, acompanhados por meio de entrevistas, e à equipe, que participa de encontros semanais nos quais é discutido o material das observações de bebês prematuros. Este trabalho proporciona que os bebês sejam tratados de acordo com suas próprias necessidades de iluminação, de estimulação da pele, dos ouvidos, do paladar, entre outras necessidades.

A individualidade no tratamento de um bebê é fundamental, tenha ele nascido antes do tempo ou não. Winnicott (1956/2000) considerou as mães que conseguem entrar no estado de preocupação materna primária como as melhores conhecedoras das necessidades dos bebês, enfatizando que nenhum teórico, médico ou técnico poderia ter tamanho conhecimento sobre aquele serzinho. O autor descreveu que, primeiramente, a mãe atende às demandas físicas do bebê, como temperatura, cólicas, fomes, posição mais aconchegante, entre outras. Mas além destas necessidades, há outras, que somente são capazes de serem satisfeitas através do contato humano, pois são feitas através do ritmo e do cheiro da mãe, ou sons que emitam vivacidade para o bebê.

No entanto, no contexto da prematuridade, percebe-se que há uma inversão nestes papéis, pois aqui, quem conhece as necessidades (físicas) do bebê e tem a habilidade de supri-las é, primariamente, a equipe (Warren, 2002; Wirth, 2000). A divisão rigidamente estabelecida de tarefas pode ser ainda mais acentuada tanto pela equipe quanto pelos pais. A equipe, por um lado, pode sentir dificuldades em auxiliar as mães a se aproximarem de seus bebês, afastando-se desta tarefa árdua, e assumindo, assim, totalmente os procedimentos equivalentes aos cuidados maternos. Os pais, por outro lado, também podem corroborar esse

quadro, delegando à equipe a função de lhes devolver um filho vivo, perfeito e curado (Wirth, 2000).

Nestes estágios iniciais, o bebê passa por angústias de cunho muito forte, antes que tenha um ego autônomo para amparar estes estados emocionais. E é nesses momentos que a mãe, com esta capacidade de comunicar-se com o seu bebê, entra como ego auxiliar, empatizando com as agonias do bebê e o amparando de forma acolhedora e apaziguadora. Esta experiência de ser segurado, no sentido que Winnicott (1988b) dá ao termo, é que possibilita o início de um ego rudimentar. Ao contrário, os bebês que não têm este manejo, veem-se na tarefa de desenvolver um ego precocemente, na tentativa de lidar com estas angústias ainda impensáveis (Winnicott, 1988b).

Neste terreno primitivo, a comunicação mãe/ambiente e bebê é uma experiência que depende de uma mutualidade que resulta de um jogo de identificações cruzadas. Destaca-se que, nesta relação, ambos estão em condições diferentes, pois enquanto a mãe já tem uma vivência de ter sido bebê, de ter sido cuidada e de ter cuidado de outras pessoas, o bebê está se inaugurando neste mundo, onde a única coisa que ele tem é a soma das características herdadas e tendências inatas no sentido do crescimento e do desenvolvimento. Desta forma, esta mutualidade pertence à capacidade da mãe de adaptar-se às necessidades do bebê (Winnicott, 1969/1994).

Essa comunicação silenciosa exige um estado de confiabilidade, e quando ocorre, acarreta uma proteção ao bebê contra as reações automáticas às intrusões do ambiente. No desenvolvimento normal, quando esta comunicação é eficaz, é silenciosa. Neste diálogo (bebê e ambiente/mãe), o bebê, ainda desprovido de uma linguagem simbólica e verbal, utiliza-se do corpo e de suas sensações para comunicar suas necessidades aos seus cuidadores. No entanto, precisa de alguém que esteja apto a captar esta linguagem própria (Mendes & Bonilha, 2003).

Mendes e Bonilha (2003), enfermeiras vinculadas à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, descreveram, baseadas em sua prática profissional, que nem sempre é fácil para a equipe, neste contexto, conectar-se com esta outra forma de comunicação com os bebês, pois estão acostumadas com a linguagem verbal. No entanto, destacaram que através de um trabalho contínuo de quem maneja o bebê pode haver a percepção da comunicação do recém-nascido, o que já modifica a forma como este profissional vai realizar determinado procedimento, mostrando-se mais atento a mudanças e particularidades de cada bebê.

A relação da equipe com os pais dentro da UTI neonatal pode ser abalada por diversos fatores, pois embora a equipe esteja acostumada a lidar com a rotina difícil da UTI, é

necessário que estejam cientes de que esta rotina é nova e ameaçadora para os pais. No entanto, nem sempre isso ocorre, podendo ocorrer atritos entre as duas partes. Ressalta-se, ainda, que esses atritos são mais comuns em mães que se mostram mais ativas e interessadas no trabalho da equipe, pois podem representar uma ameaça às defesas da equipe (Cohen, 2003). Parece haver uma lacuna entre pais e equipe, de forma que o bebê é quem fica prejudicado na continuidade do cuidado.

Atualmente há programas de humanização nas UTI neonatais que têm o objetivo de treinar os profissionais da saúde a terem um olhar mais individualizado e humanizado para os bebês e suas famílias. No entanto, Souza e Ferreira (2010) realizaram um estudo na UTI do Rio de Janeiro, Brasil, na qual entrevistaram um grupo de 12 funcionários da unidade sobre a implementação de um sistema de humanização no cuidado. Os profissionais destacaram que a falta de recursos materiais e humanos, a sobrecarga de trabalho, conflitos de relacionamento e a falta de infraestrutura, dificultam o trabalho humanizado.

Kraemer (2006) descreveu a ambivalência dos profissionais da UTI neonatal onde trabalha (Nova Iorque, Estados Unidos) em aceitar ajuda de um profissional da área da saúde mental. Embora a equipe reclamasse da falta de recursos humanos e ajuda neste sentido, era grande a resistência para que este recurso fosse recebido.

Cohen (2003), psicanalista de Londres, descreveu que o ambiente da UTI neonatal costuma ser amistoso, mas que é sempre muito agitado, tendo profissionais frequentemente cansados e saturados, e que a falta de profissionais na equipe é muito frequente. Em virtude deste clima, a equipe habitua-se a criar uma distância do clima angustiante para viabilizar a realização do seu trabalho diário. Embora alguns profissionais reconheçam que esta é uma distância necessária na rotina diária, deixam de perceber que ela pode acarretar maior conflito com os pais, sendo um obstáculo para a possibilidade de empatizar com os pais e bebês. Esta parece ser uma dificuldade comum nestes ambientes, pois permanecer conectado com as emoções despertadas pode ser intenso demais. Neste sentido, uma das funções importantes dos profissionais da saúde mental é fornecer um suporte para a equipe e para os pais, no intuito de poder uni-los no cuidado com o bebê.

Kraemer (2006) apontou que algumas pesquisas já indicam a importância do papel facilitador da equipe no contato da mãe com o seu bebê. Estudos no âmbito da enfermagem mostram que as mães apontaram as enfermeiras como o fator número um, tanto em relação a sua experiência na UTI neonatal como em relação à influência em sua maternagem. No entanto, as enfermeiras não costumam ter treinamento para o manejo com os pais, e

frequentemente relataram que o contato emocional com os pais é demasiadamente cansativo e estressante. Há um desejo da equipe que alguém cuide dos pais, e qualquer tentativa de aproximação com os pais não costuma ser bem vinda.

Kraemer (2006) apontou que uma das formas que entende que pôde ajudar dentro da UTI foi possibilitar a aproximação da equipe com os pais dos bebês, facilitando uma maior identificação e empatia. No entanto, essa tarefa não foi fácil. A autora relatou que a forma que achou mais eficaz foi fazer isso de uma forma indireta, podendo sutilmente questionar, mostrar curiosidade e interesse pessoal, e plantar uma curiosidade através da sua própria curiosidade.

Estar em um UTI neonatal não é tarefa fácil para nenhuma das partes. Foi no intuito de poder fornecer uma escuta qualificada a este ambiente repleto de estímulos e conflitos entre pais e equipe que intuímos que o método Bick de observação de bebê e o seu potencial terapêutico poderia nos dar um respaldo na tarefa de desenvolver uma técnica de intervenção pais-bebê menos intrusiva. Algumas considerações importantes do método serão discutidas na próxima seção.

### **O Método Bick de Observação de Bebês e suas contribuições ao contexto na prematuridade**

O método Bick de observação de bebês foi criado pela psicanalista britânica Esther Bick, em 1948. Primeiramente, foi introduzido como parte do treinamento de psicoterapeutas de crianças na Clínica de Tavistock, e somente após alguns anos foi inserida oficialmente na formação de psicanalistas no Instituto de Psicanálise de Londres. Desde então, outras Sociedades Psicanalíticas também vêm incluindo a observação de bebês como exigência na formação de analistas de crianças.

Bick (1964) destacava a relevância desta prática observacional como uma incrível oportunidade de os terapeutas vivenciarem intensamente a relação da criança com seus pais para que, quando deparassem na prática psicoterápica, esta vivência estivesse internalizada, e, portanto, presente na compreensão das crianças. Além disso, o terapeuta estaria melhor preparado para entender as comunicações não-verbais, típicas dos bebês, assim como dos seus pacientes, tanto crianças quanto adultos.

O método *standard* consiste em visitas semanais de, aproximadamente, uma hora de duração à residência da família, durante os primeiros dois anos de vida do bebê (Bick, 1964).

Após cada observação, o material é relatado e supervisionado em um seminário em grupo. Através destes três momentos – observação, relato escrito e supervisão –, o método visa acessar comunicações primitivas, linguagens não-verbais e identificações projetivas ligadas a etapas iniciais do desenvolvimento (Bick, 1964; Borensztein, 2001; Lopes, Vivian, Menegotto, Donelli & Caron, 2007).

A compreensão destes momentos foi destacado por Lopes et al (2012) como parte de um percurso do observador, entendendo estes três momentos como únicos, distintos, mas complementares. Cada um deles encontra seus desafios próprios e a vivência circular e contínua entre eles pode facilitar a emergência de conteúdos primitivos valiosos que ajudam a entender o desenvolvimento emocional primitivo.

Neste primeiro momento do método, o da observação, o papel do observador é considerado fundamental (Caron, 1995; Borensztein, 2001; Menegotto, Menezes, Caron & Lopes, 2006; Houzel, 1997; Lopes et al, 2007). Para isso, é necessário que ele vá para as observações com uma atitude de não-saber, sem preocupar-se com a ‘tarefa’ de observar algo, ou de ter interpretações sobre o que está sendo observado. Ao contrário, precisa permitir-se entrar com o seu aparelho sensorial aberto para sentir as emoções presentes naquela família. Alinhado com algumas ferramentas da investigação psicanalítica, o observador deve manter uma escuta psicanalítica baseada na atenção flutuante, na qual não se preocupa em chegar a compreensões precipitadas, deixando-se ser afetado pelas emoções presentes no ambiente (Lopes et al, 2012).

Por ser uma experiência emocional intensa, Bick (1964) ressaltou alguns desafios com os quais o observador depara. Um deles é a dificuldade de ter que se sentir suficientemente incluído na família, para que consiga experimentar o impacto emocional das vivências ali presentes, mas distante o suficiente de modo que não se sinta comprometido na atribuição de algum papel que não o de observador. Este equilíbrio mostra-se importante, pois, por um lado, o observador facilita a emergência de conteúdos dinâmicos da família, mas, por outro, este deve cuidar para não ser alvo de intensas transferências infantis, o que pode prejudicar a observação. Bick (1964), em suas próprias palavras, destacou a importância da presença de um *‘observador participante privilegiado’*. Além destes desafios, Lopes e colegas (2012) compreendem que a própria presença do bebê no ambiente já provoca uma regressão a estados primitivos e sensações cenestésicas, que por vezes invadirão o observador provocando sensações corporais como forma de expressão destas emoções primitivas, como a vivência de angústias primitivas do bebê.

Um dos privilégios do observador neste momento, em contraponto ao analista, é encontrar-se em uma posição privilegiada para captar as comunicações via seu psiquismo e seu sensorio. Assim, o observador pode contar com a sua disponibilidade emocional, sem pretensão de tratamento, somente com o intuito de ser afetado pelo material ali presente (Lopes et al, 2012).

Em relação a esta disponibilidade do observador para receber emoções primitivas, Borensztein (2001) referiu que há uma incrível batalha para manter o próprio equilíbrio neste campo onde as vivências primitivas incitam um maior envolvimento. Neste sentido, esta experiência é de grande valia para os profissionais da área da saúde mental, principalmente porque é algo aprendido vivencialmente pelo observador, e não adquirido de forma intelectual. A compreensão desta experiência inicialmente destituída do saber teórico será proporcionada em etapas posteriores, na elaboração do relato da observação e, principalmente, no grupo de supervisão coletiva, onde será possível realizar um entendimento do material (Lopes et al, 2012; Menegotto et. al., 2006).

Passamos, então, ao segundo momento do método, o relato, no qual o observador vê-se na tarefa de relatar o que foi observado, tendo somente sua experiência como base de apoio, pois não são realizadas anotações durante a observação. Busca-se ser o mais literal e descritivo possível, valorizando os pormenores, a experiência emocional do observador e suas contratransferências (Lopes et al, 2012). Borensztein (2001) sugere que o relato seja feito no máximo 12 horas após a observação, rico em detalhes, realizado de forma mais direta, evitando, assim, interferências, especulações pessoais e interpretações precoces do material.

Esse formato de relato, rico em vivências emocionais do observador, é considerado como um diferencial do método, pois difere das observações que visam o comportamento explícito do bebê. Lopes, Caron, Steibel e Donelli (2012) compararam este momento com o relato de sonho que se origina em um processo primário e precisa ser transposto para o processo secundário, conseguindo assim, transformar lembranças parciais em um discurso relativamente coerente. Bick (1964) já destacava que na medida em que é preciso transpor a observação sentida em linguagem, cada palavra parece estar carregada e obscurecida por interpretações já antes pensadas, considerando observar e pensar processos quase que inseparáveis.

O relato da observação pode ser considerado com um início de uma elaboração ainda incipiente, lembrando o que Faimberg (2010) descreveu como a escuta da escuta. Ainda é um momento vivido de forma solitária, mas ao ser transformado em palavras, o observador pode

iniciar um processamento do material que recebeu ‘passivamente’, podendo agora ‘ativamente’ colocar em uma linguagem verbal. Trata-se de um desafio de achar palavras que transmitam estas vivências e que possam veicular para quem for entrar em contato com elas a emoção vivida no primeiro momento (Lopes et al, 2012).

E, por fim, há o terceiro momento, o grupo de supervisão ou chamado seminário, momento que deve ser visto como uma continuidade da observação. Uma das principais funções do grupo centra-se na oportunidade de refletir sobre o material da observação, explorar acontecimentos emocionais mãe-bebê e outros que os rodeiam, podendo, assim, identificar e esclarecer significados psicanalíticos, incluindo a experiência subjetiva do observador (Borensztein, 2001; Lopes et al, 2012). Entre a vivência intensa da observação e o início da elaboração através do relato, o grupo junto com o observador, seguirá neste percurso em busca por compreensão do material (Lopes et al, 2012). É nesse momento que será integrado o que foi visto na observação, agregando teorias ao material, à medida que vai sendo paulatinamente digerido pelo grupo e, conseqüentemente, ganhando significado. Aos poucos, é possível registrar os ritmos, tonalidades e movimentos organizados da dupla mãe-bebê que vão se unindo e criando uma dança, uma coreografia única da díade (Litvan, 2007).

O grupo de supervisão também é o local que os observadores poderão utilizar para diferenciar seus aspectos infantis despertados em si dos da própria família, abrindo espaço para compreender ansiedades primitivas, evitando, assim, possíveis *acting-out* (Borensztein, 2001). O grupo também pode ser visto como uma terceira peça no quebra-cabeça observador-mãe/bebê, na qual atua como um espaço potencial, oferecendo abrigo para as angústias primitivas despertadas no encontro destas duas partes. Aqui o terceiro auxilia no processo de transformação do impacto emocional para um trabalho de elaboração psíquica (Sandri, 1997). Como papel deste terceiro, o grupo também tem a função empática e acolhedora, na qual pode desacomodar algum início de compreensão que o observador possa ter iniciado a elaborar, em um processo inesgotável de construir e desconstruir compreensões em busca de entendimentos mais próximos da vivência da dupla mãe-bebê (Lopes et al, 2012).

Percebe-se que durante este longo e constante trabalho de observação, ambas partes podem se beneficiar, tanto o observador quanto as famílias envolvidas. No caso do observador, além de aprender sobre estas trocas afetivas entre mãe e bebê, ele também se aprimora como ferramenta de observação (Rustin, 2006). Enriquece, assim, sua capacidade de reconhecer suas próprias reações pessoais às observações e aos conteúdos primitivos, característica que será muito bem vinda na prática clínica (Borensztein, 2001). Neste

exercício os estudantes também aprendem a sentir antes de agarrar-se a teorias, e aprendem a tolerar e valorizar os movimentos que as mães fazem em relação aos seus bebês, e como estas duplas acham seus próprios caminhos.

Com esta visão sobre a dupla, o observador tende a tornar-se mais flexível quanto aos conceitos de certo e errado, podendo aceitar cada dupla e suas individualidades. E é neste sentido que o método é visto como sendo fundamental para a formação de psicoterapeutas (Bick, 1964). Pérez-Sanchez (1983) acrescentou que essa prática pode ser útil não só para psicoterapeutas, como também para outros profissionais ligados às relações humanas ou à família, como assistentes sociais, pedagogos, pediatras, psiquiatras infantis e etc..

No caso da família, percebe-se que frequentemente as mães que aceitavam participar das observações evidenciavam achar muito bom ter alguém que fosse às suas residências e que elas pudessem conversar sobre o desenvolvimento do seu bebê e seus próprios sentimentos (Bick, 1964). As mães relataram sentir o observador como uma atenção qualificada, proporcionando também um espaço para pensar nos sentimentos e emoções da relação diádica. Inclusive, quando há uma conexão importante mãe-bebê e observador, pode haver uma identificação da mãe com a função não invasiva do observador, auxiliando essa mãe a também achar um equilíbrio entre as ‘necessidades engolfantes’ (p.95) do bebê e suas próprias defesas, achando uma distância segura para o crescimento de ambos (Borensztein, 2001).

Nas últimas duas décadas, muitos trabalhos têm sido realizados utilizando as aplicações do método e defendendo seu grande potencial no campo da pesquisa (Caron, Fonseca & Lopes, 2008; Caron & Lopes, 2015; Caron, Lopes e Donelli, 2013; Donelli, 2008; Menegotto, et. al., 2006; Lopes et al, 2012; Reid, 1997; Rustin, 2002/2006; Steibel, 2011; Steibel, Caron & Lopes, 2014; Vivian, 2006; Vivian, Lopes e Caron, 2011). Esse movimento tem sido incentivado pela riqueza que os relatos da observação proporcionam, pois tratam-se de dados altamente qualitativos e sequenciais sobre o comportamento do bebê, da mãe, do pai e da relação entre eles (Menegotto, et. al., 2006).

Lopes e colegas (2012) destacaram a potencialidade investigativa do método Bick, traçando um paralelo semelhante à investigação clássica. Neste sentido, descreveram a importância do *setting* neste percurso, proporcionando um local com uma certa continuidade e com regras firmes, mas não rígidas, que possibilitam o surgimento do primitivo. Houzel (1997) também revelou a importância das regras que regem a observação (*setting*), como a periodicidade, a constância das visitas e da postura do observador, e as compara com a função

da regra fundamental no tratamento psicanalítico. Esse autor também ressaltou que a estruturação deste *setting* é o que possibilita que o inesperado ocorra, que os conteúdos presentes naquela família e daquela dupla mãe-bebê possam emergir em um ambiente propício e então serem alvo de estudo. A importância do *setting* é também ressaltada por Rustin (2006), sendo através dele que se cria um ambiente adequado para que os processos mentais inconscientes se manifestem.

O observador como um instrumento fundamental do método é destacado por muitos autores (Caron, 1995; Borensztein, 2001; Menegotto et al, 2006; Houzel, 1997; Lopes et al, 2007). Neste sentido, cabe ressaltar como a investigação psicanalítica utiliza-se desta falta de neutralidade inerente ao processo, para avançar em seu conhecimento científico. Cassorla (2001) abordou a questão de que a neutralidade, tão almejada em pesquisa, pode ser considerada um engano, pois o pesquisador sempre estará em interação com o objeto de estudo. Ressaltou, assim, que a contribuição científica pode ser justamente a aceitação e o maior conhecimento destas interferências do observador no que está investigando e não na ingenuidade de acreditar em métodos “puros”. Desta forma, tem uma visão do observador como sendo um instrumento de captação dos fenômenos, e como qualquer instrumento precisa ser calibrado da melhor forma possível.

Foi em virtude destes desafios de envolver-se com o objeto investigado, ao mesmo tempo de ter que manter-se distante dele, que Sigmund Freud propôs as regras fundamentais para o tratamento psicanalítico. A regra do tripé psicanalítico, por exemplo, descrito em 1919 em seu texto “Sobre o ensino da psicanálise nas universidades”, enfatiza a necessidade de o analista manter a formação teórica e técnica, supervisão com profissionais experientes e análise pessoal concomitantemente, visando uma melhor capacidade de manter-se neutro.

Dentro deste cenário descrito da pesquisa em psicanálise atual, o método Bick vem gradativamente demonstrando um grande potencial no âmbito da pesquisa, evidenciando capacidade de gerar novos conhecimentos e novas idéias, fomentando, assim, discussões teóricas sobre o desenvolvimento infantil e a relação do bebê com seus cuidadores (Lopes et al, 2012; Lacroix & Monmayrant, 1997, Menegotto, et. al., 2006; Moreira et al, 2011; Perez-Sanchez, 1983).

Neste método não é possível traçar comparativos entre uma observação e outra, pois cada criança e cada família são únicas. Seu maior potencial está na qualidade e profundidade do trabalho, possibilitando gerar novas hipóteses (Borensztein, 2001). O estudo de caso proveniente desta experiência é uma excelente ferramenta de pesquisa e pode ser equiparada a

estudos de casos psicanalíticos quanto ao seu potencial para gerar novas idéias e influenciar a técnica clínica (Lopes et. al., 2007; Rustin, 1989; 2002).

Para tornar possível o uso do método em pesquisa, em diferentes contextos, são necessárias adaptações. Algumas pesquisas vêm inovando na utilização deste método, adaptando-o a contextos peculiares como: ambiente hospitalar (Cresti & Lapi, 1997), parto (Donelli, 2008), em UTI neonatal (Cohen, 2003; Lazar, Röepke e Ermann, 2006; Negri, 1994; Steibel, 2011; Steibel, Caron & Lopes, 2014; Wirth, 2000), em creches (Jardin, et. al, 1997), exames ultrassonográficos (Caron, Fonseca & Lopes, 2008; Piontelli, 1995) entre outros.

Dentre os estudos realizados no contexto da prematuridade, percebe-se que há alguns achados relevantes que ajudaram a formar o pano de fundo da intervenção proposta nesta tese. Nos trabalhos de observação de bebê realizados em uma UTI neonatal predominam a descrição do ambiente como fragmentado, intenso, invasivo, e, portanto, difícil permanecer emocionalmente conectado a ele (Druon, 1997; Lazar, Röepke & Ermann, 2006; Steibel, 2011; Steibel, Caron & Lopes, 2014).

A angústia de morte e a possibilidade de que a vida possa não prevalecer tem um efeito paralisador que obstrui a visão do bebê como alguém vivo, dificultando, também, sentir-se útil para a sua sobrevivência. Além disso, a ausência de respostas aos estímulos e a experiência de acompanhar o bebê na incubadora interfere diretamente na capacidade do observador pensar ou de manter uma atenção flutuante (Negri, 1994; Steibel, 2011).

No ambiente da UTI neonatal há uma ligação forte de sentimentos que não se expressam verbalmente, mas que atuam de forma violenta nos bebês, pais e equipe, como se estivessem ligados em um mesmo circuito. Nos momentos em que o bebê apresentava pioras no seu quadro clínico, que demonstrava muitas quedas de saturação e complicações, instalava-se um clima de desistência, uma dificuldade de vê-lo como um bebê em sofrimento e de se aproximar dele. Nestes momentos, percebe-se que havia um clima de desistência que contaminava a todos, e aumentava as chances de atuações e negligências por parte da equipe e da mãe, que se distanciavam desta função de identificar as necessidades do bebê. Ao contrário, quando o bebê demonstrava melhoras clínicas, ou quando a equipe ou pais podiam estar mais próximos, o clima mudava e o sentimento era de que tudo passava a se encaixar. É um ambiente onde as vivências acontecem sem ter muito tempo para organizá-la, pensá-las (Steibel, 2011; Steibel, Caron & Lopes, 2014).

A percepção do observador é frequentemente invadida por emoções fortes, paralisando-o, como se seu psiquismo não tivesse condições de digeri-las. Uma das formas de

acessar estes conteúdos que parecem incompreensíveis inicialmente é através de sensações, imagens, sentidos que carecem de significados em um primeiro momento. Para transformar esta vivência é necessário que o observador utilize-se de mecanismos que os bebês usam no início de suas vidas, ou seja, passam a unir pedaços aparentemente arbitrários de experiência, pequenos fragmentos de memória, para que isso resulte em algo mais elaborado e que pode ser recordado (Lazar, Röepke & Ermann, 2006). Baseado nestas dificuldades que esse tipo de observação suscita no observador, estes se vêem tendo que recorrer a níveis protomentais, disponibilizando seu corpo e órgãos como receptor de sensações extremamente primitivas. Utilizar-se deste recurso somático primitivo seria uma das maneiras possíveis de poder captar estas vivências ainda não possíveis de serem acolhidas na mente em forma de imagens, palavras ou pensamento. Essas dificuldades estariam relacionadas com a impossibilidade da existência da função continente-conteúdo nesta etapa tão primitiva do ser (Lazar, Röepke & Ermann, 2006). Este canal aberto às sensações e emoções, através do qual a observadora utiliza sua capacidade de pensar e de imaginar como instrumento de tradução, pode ser relacionado com a capacidade de *reverie* descrita por Bion (1967/1994) (Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000; Houzel, 1997) e o estado da *preocupação materna primária* descrita por Winnicott (1956/2000) (Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000).

Steibel (2011) e Steibel, Caron & Lopes (2014) identificaram uma confusão entre os limites do interno e externo, entre sensações corporais e emocionais, resultando em um forte estado de identificação com o bebê que faz com que o observador sinta-se confuso. Estas vivências fazem com que o contato com esse ser tão primitivo e ainda não integrado nos remeta às nossas vivências terroríficas de não integração. Outros estudos que utilizaram o método Bick no contexto da UTI neonatal já chegaram a conclusões parecidas em relação a esta falta de contornos gerada nas pessoas que se aproximam destes pequenos bebês (Negri, 1994; Lazar et al., 2006). Assim, é possível esboçar uma compreensão do que é estar dentro de uma UTI neonatal, seja por parte dos bebês, ou por parte das mães e da equipe.

Neste contexto, o grupo de supervisão faz-se mais importante ainda, pois fornece uma estabilidade à instabilidade suscitada pelo *setting* de observação, funcionando como um útero acolhedor destas experiências emocionais (Lazar, Röepke & Ermann, 2006). Esta função de objeto continente externo que o grupo desempenha para o observador também pode ser visto como o papel que a equipe potencialmente pode realizar em relação aos pais, funcionando como uma presença de fundo com efeito continente e unificador (Druon, 1997). Rustin (2006), refletindo sobre o uso do método no contexto da prematuridade, destacou que o maior

avanço que se teve nesta área foi poder inserir uma atenção qualificada às experiências e fenômenos que ocorrem na UTI, atividade que é raramente realizada por parte da equipe hospitalar.

A partir destas vivências, pode-se pensar que a experiência compartilhada com um terceiro pode ser fundamental para tolerar a angústia de entrar em contato com estes bebês. Alguns autores (Borensztein, 2001; Cohen, 2003) também descreveram a importância de um terceiro para auxiliar a mãe a tolerar estas vivências caóticas, bem como auxiliar a equipe a também tolerá-las. A presença de uma pessoa que consiga empatizar com o sofrimento da mãe e/ou do bebê, e manter-se ao lado desta dupla, semana após semana, ajuda a tolerar o intolerável (Steibel, 2011; Steibel, Caron & Lopes, 2014).

### **Em busca de uma intervenção não intervencionista**

Os estudos destacados até aqui apontaram para os diversos desafios impostos pela prematuridade, tanto para o bebê quanto para os pais e equipe. Partindo da experiência do trabalho prévio na UTI neonatal (Piccinini et al, 2009; Steibel, 2011; Steibel, Caron & Lopes, 2014), um grupo de terapeutas, incluindo a autora da presente tese (Moreira et al, 2012) uniu-se no intuito de desenvolver um atendimento psicológico para estas mães e bebês. O objetivo era poder amenizar os efeitos intrusivos do ambiente da UTI neonatal, propondo um tipo de atendimento que não interferisse ainda mais na rotina das mães e bebês.

Ao buscar na literatura trabalhos sobre atendimento a bebês, percebeu-se que a palavra intervenção vem sendo muito utilizada para a descrição dos atendimentos precoces das díades mãe-bebê (Fraiberg, 1975; Guenedey & Lebovici, 1997; Reid, 2000). Lebovici (1987) e Guenedey e Lebovici (1997), descreveram uma modalidade de atendimento baseado na observação clínica que chamaram de consultas terapêuticas. Nesta prática de atendimento, os autores descreveram que contavam com uma sala de espelho e uma videocâmera que filmava a interação mãe-bebê. Durante o atendimento, o terapeuta podia se ausentar da sala por alguns instantes, no intuito de deixar a mãe e o bebê mais a vontade, e depois voltar à sala para “*intervir*”, utilizando-se do que foi registrado no vídeo sobre a interação mãe-bebê. Assim, o foco estava na compreensão do comportamento da relação mãe-bebê e em uma esperança baseada na “*intervenção*” do terapeuta como agente da mudança.

Watillon (1993), psicanalista de Bruxelas, escreveu um artigo com o intuito de descrever a técnica de atendimento pais-bebê que ela utiliza na sua prática clínica com

crianças de 0 à 3 anos. Desenvolveu a sua técnica baseada na sua formação como analista de crianças bem como no seu treinamento com o método Bick de observação. Wattillon (1993) ressaltou que a contribuição da técnica de observação de Esther Bick na sua formação foi fundamental para que ela pudesse desenvolver sua capacidade de continência. A autora destacou que os sintomas de crianças bem pequenas tendem a desaparecer após algumas sessões, às vezes, até em uma única sessão de atendimento.

Fraiberg (1975) descreveu dois casos de crianças pequenas que atendeu de forma breve e pontual e que tiveram seus sintomas resolvidos. Ressaltou que ambos os casos tinham a característica do que ela chamou de fantasmas do passado dos pais que se atualizavam na relação com o bebê recém-nascido. Para a autora, poder nomear estes fantasmas fez com que os pais pudessem integrar problemas mal resolvidos do passado, e com isso, o sintoma rapidamente era erradicado.

Destaco os trabalhos de Fraiberg (1975), Guenedey e Lebovici (1997) e Wattillon (1993), pois além de serem considerados de bastante relevância no escopo teórico sobre atendimento à crianças de tenra idade, parecem, ao meu ver, revelar o porquê da palavra intervenção estar frequentemente associada a este tipo de atendimento. Há uma expectativa de que os atendimentos sejam relativamente breves e pontuais, e que uma *intervenção* do terapeuta tenha um efeito imediato no sintoma ou na situação causadora do sofrimento. Casos como estes remetem a um exemplo clínico descrito por Freud (1892) no início de sua atividade clínica, quando ele descreveu que através da hipnose conseguia por meio de uma sessão, uma *intervenção*, esbater o sintoma de uma puérpera que não conseguia amamentar seu bebê. No relato, no entanto, destacou que o sintoma voltava eventualmente, sendo necessário que outras intervenções ocorressem. Este é um momento no qual Freud parece iniciar seu questionamento sobre o real efeito curativo da hipnose para o tratamento de neuroses.

O significado da palavra intervenção está ligado a interferir em algo; e no campo médico está associado à intervenção cirúrgica (Aurélio, 2007). A palavra nos remete a algo que deve ser feito para que mude o curso de algo que não vai bem, em busca de uma resolução. Transportando a problemática para o campo das terapias, estaria outorgado ao terapeuta realizar uma intervenção, pontual e cirúrgica, possivelmente com o uso da interpretação, com intuito de mudar o curso do que não vai bem na relação mãe-bebê.

No entanto, partindo da experiência e dos achados da UTI neonatal, ressalta-se que trata-se de um ambiente onde a palavra ainda não adquiriu corpo, e o sintoma em si parece

ainda não ter se formado. Estamos diante de bebês extremamente imaturos, mães incompletas, com seu psiquismo tão abalado que sua capacidade de pensar fica prejudicada. Ao contrário de intervir, no sentido de fazer algo cirurgicamente calculado a fim de resolver a problemática, buscávamos uma forma de não intervir, de não atrapalhar, mas de poder estar junto e ajudar os pais e bebê a poderem tolerar o tempo de duração do drama em que eles se encontram. A possibilidade de ter alguém disponível para tentar compreender o que ainda não era possível de ser compreendido, aceitar esta vivência de falta de contornos corporais, de caos, de não integração, em busca de uma organização da experiência, certamente são atitudes que possuem um efeito terapêutico.

Embora ainda escassos, já existem trabalhos publicados que descreveram a técnica de atendimento o trabalho na UTI neonatal. Estes artigos remetem a uma dimensão na qual os profissionais precisam achar criativamente uma forma de estar junto com os pais, já que há uma percepção, mesmo que ainda incipiente, de que a técnica clássica de atendimento encontra dificuldade de ser implementada.

Miller (2001) através da sua prática na UTI neonatal, percebeu que a confrontação não era uma boa técnica para usar com as mães, pois seus bebês estavam extremamente vulneráveis e elas muito abaladas. Então criou um projeto de atendimento chamado “*Só falar e brincar*” destinado aos pais e irmãos de bebês prematuros, que contava com supervisão semanal de uma psicoterapeuta de crianças. Embora o trabalho tivesse mais foco nos irmãos que frequentavam a UTI, por vezes Miller (2001) passava tempo com os pais e, baseado nesta experiência de atendimento informal, destacou que percebia a dificuldade dos pais de pensar de forma clara dentro da UTI, pois relatavam se sentir confusos e sem condições de compreender a experiência pela qual estavam passando. Ao final da internação do bebê, a autora ficava surpresa em ver que os pais a agradeciam por ter estado ali, mesmo que ela sempre tivesse ficado com a sensação de impotência, de não ter feito nada.

Na descrição clínica do artigo de Miller (2001), fica claro o quanto a autora se conteve em verbalizar algumas interpretações para a mãe, optando sempre por dar espaço à mãe, e eventualmente formulando perguntas que estimulassem que a mãe pensasse sobre algo. Frente à alta do bebê, a mãe agradeceu por não ter estado sozinha naqueles momentos. Nas palavras da autora, ela entendeu que o que pôde de fato ajudar foi a possibilidade de estar ali recebendo as identificações projetivas da paciente e podendo sentir dentro dela o que a mãe sentia em relação ao bebê. O sentimento de ser entendido e sustentado emocionalmente pode ajudar adultos e crianças a terem uma compreensão melhor das vivências da UTI neonatal,

remetendo a um estado de preocupação que os pais costumam ter pelos filhos. A autora destacou, baseado em sua experiência de atendimento na UTI neonatal, que entende por que muitas vezes as mães e bebês se beneficiam de intervenções providas de pessoas “não-expert”, pois são gestos simples e emocionalmente conectados que fazem a diferença (Miller, 2001).

Anscombe (2008), psicoterapeuta de crianças em formação, descreveu um atendimento de gêmeos dentro da UTI neonatal. Ao relatar o atendimento nesta ocasião apontou a importância do papel do terapeuta poder se oferecer como um observador com uma mente disponível para pensar sobre os bebês, compreender o que se passa na unidade, bem como estar disposto a comunicar aos pais o que está observando. A compreensão inconsciente e a experiência de observação de bebês descrita por Bick (1964) ajudaram a tolerar as ansiedades não processadas providas dos bebês e pais. Para a autora, testemunhar a dor e estar disponível para ajudar a conter a ansiedades ajudou os pais a processarem a sua experiência emocional frente à perda de um dos seus bebês e o fato de terem que cuidar da bebê que estava viva. Ao longo dos relatos das sessões, descritos pela autora no artigo, destaca-se a presença clara da descrição pormenorizada provida da bagagem adquirida da observação de bebê. No entanto, juntamente com aspectos observacionais é possível perceber que à medida que as sessões ocorriam, criava-se um espaço para a construção de alguns significados mais verbais, não de conteúdos inconscientes, mas de sentimentos contratransferenciais da terapeuta que puderem achar espaço para serem verbalizados e que remetem ao que estava ocorrendo no momento da sessão.

Demby (2010) teve a oportunidade de atender uma mãe que teve seu bebê prematuramente às 28 semanas de gestação. Esta já era sua paciente de psicoterapia psicanalítica durante a gestação. Ao longo do período de hospitalização do bebê, seguiu atendendo a mãe em seu consultório e tendo a oportunidade de fazer alguns atendimentos com a mãe junto ao bebê dentro da UTI neonatal. Durante 6 meses depois da sua alta seguiu vendo mãe e bebê em seu consultório. No artigo descreveu algumas sessões no consultório e algumas observações na UTI. No fim do tratamento, a paciente conseguiu verbalizar o quão importante foi a terapeuta ter ido até o hospital “*testemunhar e vivenciar este processo com ela*” (p.280). Demby (2010) destacou que ter unido a realização de observações junto com os atendimentos foi fundamental no sentido de aprofundar o tratamento, embora ainda tenha dificuldade de compreender por que e como isso ocorreu.

Pizzoglio (1997) percebeu que a presença de uma psicanalista em uma UTI neonatal tem a função de conter em sua mente angústias intoleráveis, auxiliando que os profissionais também possam fazer este movimento, ajudando, assim, os pais. A observação de bebê neste contexto torna-se um suporte importante para o estabelecimento de um vínculo de trabalho. A função de conter emoções, para que possa iniciar a formar representações, é foco do trabalho na UTI neonatal.

Otero, Parodi e Piazzon (2003) chamaram de entrevistas terapêuticas o trabalho que realizaram de atendimento a mães de bebês prematuros dentro da UTI neonatal. Ao longo da descrição dos casos clínicos contido no artigo é possível perceber que os atendimentos ocorriam onde a mãe estivesse, sem local fixo. A forma de trabalho era predominantemente baseada no silêncio e no estar junto, embora também utilizavam-se de interpretações, quando identificavam que havia um conflito que estava impedindo que o vínculo se formasse. Os autores destacaram a dificuldade de acessar estas mães por elas estarem em uma situação extremamente regressiva do ponto de vista emocional. Por fim, concluíram que sua prática terapêutica repousou basicamente na empatia, continência, medidas de apoio, e intervenção mais focadas em conflitos inconsciente das mães.

Mendelsohn (2005) utilizou uma adaptação do método Bick de observação de bebê dentro de uma UTI neonatal e discutiu seu efeito psicoterapêutico. Frente ao nascimento prematuro a mãe e bebê encontram-se traumatizados, o que dificulta que eles possam iniciar o desenvolvimento de uma relação. O bebê ainda não está pronto para se relacionar, e a mãe pode demonstrar dificuldade de compreender um bebê com falhas na comunicação. Com isso, sua habilidade de interpretação dos movimentos e sentimentos do seu bebê fica impossibilitada de ser desenvolvida. Através da atenção especializada da observação de bebê, a autora entendeu que a mãe pode ter um espaço compartilhado para recuperar sua função *reverie* e poder, aos poucos, engajar-se com seu bebê. Para a autora, uma intervenção baseada na observação de bebê neste contexto tornou-se fundamental. No trabalho de Mendelsohn (2005), embora ela destaque o uso do método Bick de observação de bebê, não destacou em seu relato manter o pilar dos três tempos que o método exige: observação, relato e seminário.

Steibel (2011), em uma experiência de observação de bebê de uma díade mãe-bebê prematuro, apontou em seu trabalho que a presença da observadora junto à mãe facilitava com que ela e o bebê pudessem permanecer por mais tempo ligados um ao outro, sem que isso gerasse uma queda de saturação, do lado do bebê, ou uma saída brusca da UTI, por parte da mãe. Estas situações puderam ocorrer quando a mãe sentia-se confiante o suficiente para

poder usar um terceiro, ora observadora, ora o pai do bebê, para poder ajudá-la a metabolizar e circular estas emoções tão difíceis de serem metabolizadas. Através destes momentos, Steibel (2011) entendeu que a presença da observadora auxiliou a mãe a tolerar as angústias ainda sem nome, provindas do contato com o bebê. Assim, podia permanecer junto ao seu bebê, que por sua vez, passava a aceitar melhor os cuidados médicos, evidenciando uma menor instabilidade.

Borensztein (2001), estudando o método de observação de bebês padrão, ressaltou a função terapêutica do observador junto às mães. A autora descreveu que quando é possível estabelecer uma conexão importante mãe-bebê-observador, pode haver uma identificação da mãe com a função continente do observador, auxiliando-a também a encontrar um equilíbrio entre as ‘necessidades engolfantes’ do bebê e suas defesas. Neste sentido, acredita-se que a presença não intrusiva, silenciosa, mas participativa da observadora possibilita momentos mais integrados da dupla mãe-bebê. Semelhante a estes autores, Cohen (2003), que trabalhou especificamente com prematuros, corrobora a ideia da importância de uma presença não intrusiva, mas terapêutica, enfatizando que uma das tarefas mais importantes na UTI neonatal é pode acolher mentalmente o bebê e os pais, e assim auxiliá-los numa aproximação gradual.

Baseado em uma pesquisa longitudinal que utilizou o método Bick para acompanhar 6 bebês e suas mães desde a gestação até o 3 anos de vida do bebê, Caron e Lopes (2014) destacaram uma ligação do papel do observador com a do terapeuta de crianças em idade precoce, ressaltando que no atendimento à bebês, em virtude do analista ter que lidar com fenômenos transferenciais e contratransferências muito primitivos, sua função de sustentação do *setting* se torna mais importante que as interpretações (Caron & Lopes, 2015). Após muitos casos de supervisão com observadores que utilizaram o método Bick é notável que o observador que consegue se envolver em um nível primitivo com a família adquire ferramentas fundamentais para o trabalho analítico como: uma maior sensibilidade ao não-verbal, aumento na intuição, maior acesso a suas emoções e imaginações, maior contato com a própria realidade psíquica e a dos pacientes e modificação na forma de trabalhar a clínica tendo maior capacidade de conter e refletir antes de poder interpretar.

Conforme apontado anteriormente, muitas aplicações do método Bick vêm sendo realizadas em diferentes contextos, sendo possível ampliar os conhecimentos do início da vida. Caron e Lopes (2014) descreveram que o que torna possível o sucesso destas aplicações está centrado principalmente no treinamento do observador e na capacidade que este teve de se transformar quando realizou a sua observação *stantard*. Este dado é de suma relevância,

pois novamente marca a importância de formação de quem realiza a escuta analítica, sendo necessário que o observador/terapeuta tenha sido treinado de forma vivencial a experimentar emoções intensas e delas extrair aprendizados como listado acima pelas autoras.

Basear-se no método Bick de observação parecia já ser algo bem fundamentado e justificado para iniciar este trabalho. No entanto, mesmo o método tendo características que tangencie a de um atendimento conforme já ilustrado, ele oferece um modelo observacional e não de atendimento. A proposta de atendimento terapêutico já implica em uma expectativa diferente do que a de somente observar. Neste sentido, nos aproximamos da técnica de *holding* descrita por Winnicott (1949/2000).

Winnicott (1955/2000) diferenciou a técnica destinada a pacientes neuróticos (psicanálise clássica) da de pacientes psicóticos. O autor descreveu estes últimos como sendo pacientes que sofreram falhas graves nas vivências emocionais iniciais, estando seus conflitos relacionados à desintegração e a falhas no contato com a realidade externa. Sendo assim, destacou que a técnica para o tratamento destes pacientes deve ser diferente da descrita pela psicanálise clássica. Neste contexto, o autor enfatizou que o manejo do *setting* torna-se mais importante do que a utilização da interpretação verbal. Sendo assim, prioriza uma postura mais discreta do analista, mais acolhedora e receptiva do que ativa, sem precipitações, tolerando que o próprio paciente vá achando sentido frente a pequenas contribuições do analista. Com isso, Winnicott (1955/2000) buscou proporcionar ao paciente uma vivência em um novo ambiente, capaz de conter, que o ajuda a integrar-se, ao contrário do que lhe foi proporcionado no início da vida.

Winnicott (1956) utilizou esta técnica não somente com pacientes regressivos, mas em momentos de regressão à dependência. Considerou que nestes momentos os pacientes não podem contar com seu ego como uma unidade estabelecida. Caron (2014) também destacou que não raramente em seu trabalho com crianças pequenas o *setting* se torna mais importante do que a interpretação. Além disso, assinalou que a consistência, a previsibilidade, a atitude, a constância, e a preocupação do analista costumam ser mais importantes do que a interpretação.

No ambiente da UTI neonatal nos deparamos com estados tão iniciais e desintegrados que é necessário que tenhamos a sutileza e a preocupação de nos mantermos não intrusivos e auxiliarmos na manutenção de um ambiente acolhedor e constante para esta dupla (Steibel, Lopes e Caron, 2014). Aliado a estas contribuições, provindas tanto do campo da observação

de bebês quanto da clínica psicanalítica, o trabalho de atendimento a mãe e bebês dentro da UTI iniciou a ser desenvolvido.

### **Justificativa e Objetivos**

Como exposto acima, constata-se a complexidade das vivências iniciais do bebê que nasce prematuro, bem como da de seus pais e equipe que o cuidam. A intrusividade do ambiente, bem como a intensidade das emoções ali vividas impacta no psiquismo dos pais e do bebê de forma que se torna de suma importância uma atenção especializada neste contexto. Identifica-se a necessidade de uma abordagem menos intrusiva por parte do terapeuta, utilizando-se principalmente da capacidade de holding do analista, compreendendo o não verbal e auxiliando o paciente a digerir emoções ainda impensáveis, portanto, ainda não passíveis de serem verbalizadas.

Embora muitos autores identifiquem isso e já possuam trabalhos voltados à compreensão destes fenômenos bem como alguns trabalhos que descrevem o atendimento desta população, destaca-se que não foi encontrada a descrição de uma abordagem psicanalítica individualizada neste contexto. Assim, faltam estudos que ilustrem detalhadamente um atendimento, de forma longitudinal, que possa servir de base para uma profunda discussão da técnica de atendimento neste contexto.

Partindo das bases de um estudo longitudinal maior, intitulado “*Prematuridade e Parentalidade: fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê pré-termo e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização – PREPAR*” (Piccinini et al., 2009), o qual visa compreender diversos aspectos emocionais dos pais e bebês que passam por esta experiência da prematuridade, surgiu a possibilidade de colocar em prática esta nova forma de atendimento. Este projeto, em sua primeira fase, estudou, através de entrevistas, a experiência dos pais ao longo do período de internação do bebê bem como até o 3º ano de vida do bebê. Além destas entrevistas, esta primeira parte do projeto contou com uma aplicação do método Bick neste contexto (Steibel, 2011; Steibel, Lopes e Caron, 2014), que ajudou a dar embasamento à segunda etapa ao projeto com uma proposta de atendimento.

Sendo assim, a presente tese tem como objetivo desenvolver uma técnica de intervenção pais-bebê menos intrusiva. Em especial, buscar uma forma de adaptar-se às necessidades das mães neste contexto, no intuito de oferecer uma escuta qualificada e um

espaço continente. A autora/terapeuta baseou-se no treino prévio no método Bick de observação de bebê e na teoria e técnica psicanalítica de atendimento a pacientes regressivos de Donald Winnicott. Para isso, será feito um recorte deste estudo maior de intervenção, analisando extensivamente um dos casos atendidos pela autora durante o período de hospitalização do bebê prematuro dentro da UTI neonatal, com o intuito de aprofundar a compreensão técnica implicada nesta modalidade de atendimento. O caso será analisado, sessão a sessão, incluindo sentimentos contratransferenciais, vivência compartilhada junto com a mãe e o bebê e material da supervisão, visando tecer as contribuições para a técnica psicoterápica neste contexto que este caso pode proporcionar. Os demais casos atendidos pela autora também aparecerão na tese como pano de fundo na compreensão do ambiente da UTI neonatal.

## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### Participantes

Os participantes do estudo de tese foram selecionados de uma amostra de um projeto de pesquisa intitulado “*Prematuridade e Parentalidade: fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê pré-termo e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização – PREPAR*” (Piccinini et al., 2009).

Este projeto maior divide-se em dois grandes estudos: o *Estudo 1*, que tem como objetivo investigar os aspectos biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro, desde o parto até o terceiro mês após a alta hospitalar do bebê; e o *Estudo 2*, que tem como objetivo investigar o impacto de uma intervenção psicológica, realizada durante a internação do prematuro, para a qualidade da relação mãe-bebê prematuro e para o desenvolvimento do bebê.

Para o presente estudo foi selecionado da amostra do *Estudo 2* do projeto citado acima, um dos oito casos atendidos pela autora. A mãe escolhida será chamada de Josiane e sua bebê de Luana<sup>1</sup>. A mãe tem 35 anos, residia com o pai do bebê e teve o parto prematuro às 29 semanas gestacionais devido à bolsa rota. A bebê é uma menina, que nasceu com 1215g, 35 centímetros e com o Apgar 5 e 9, nos minutos 1 e 5 respectivamente.

A escolha do caso ocorreu devido à riqueza do material contido nas sessões de atendimento, dados que fornecem aprendizados importantes sobre a técnica de atendimento pais-bebê prematuro. O atendimento do caso durou todo o tempo de internação do bebê no hospital em que a pesquisa estava ocorrendo, o que totalizou 22 sessões, com uma frequência de duas vezes por semana.

Na descrição do ambiente da UTI neonatal, alguns dos outros casos atendidos pela terapeuta poderão ser mencionados de forma implícita, pois também fizeram parte da construção da intervenção.

---

<sup>1</sup> Nomes fictícios.

## **Delineamento e Procedimento**

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso único (Stake, 2005), de caráter longitudinal, que acompanhou a intervenção de uma dupla mãe-bebê durante o período de internação do bebê. Para Stake (2005), o estudo de caso único permite a compreensão sobre um fenômeno ou uma teoria. Priorizou-se a possibilidade de aprofundamento da técnica de atendimento aqui proposta e não a generalização para outros casos (Laville & Dionne, 1999).

A mãe foi convidada a participar da pesquisa através da própria pesquisadora, que explicou e leu juntamente com as participantes o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo I). Neste momento, também se conversou com a mãe sobre a duração da pesquisa, bem como sobre a importância de o estudo ter um caráter longitudinal.

Este caso fez parte do estudo de intervenção que acompanhou outras duplas mãe-bebê durante o período de internação do bebê prematuro (Moreira et al, 2011). Os atendimentos ocorreram nas dependências do hospital em que o bebê estava internado, sendo o local de atendimento variado de acordo com a necessidade da mãe, ora em uma sala individual, ora ao lado da incubadora do bebê. Para fins de registros, a pesquisadora utilizou um relato verbal feito a um gravador, imediatamente após o atendimento. Este método já foi utilizado em outra pesquisa (Steibel, 2011) e mostrou ter contribuições importantes para a apreensão dos dados.

A intervenção desenvolvida teve como base a sistemática do método Bick de observação de bebês, sendo composta por três momentos: observação/atendimento, relato escrito e supervisão. Formou-se um grupo em que todas as terapeutas haviam sido previamente treinadas pelo método Bick de observação de bebês que proporciona um refinamento da capacidade de escuta de fenômenos primitivos e de contenção. As supervisões ocorriam semanalmente, e eram coordenadas pela supervisora clínica desta tese, analista com vasta experiência em intervenção pais-bebê e em aplicações do método Bick em diversos contextos. Este momento tinha como objetivo proporcionar um espaço de discussão e compressão dos casos que estavam sendo atendidos, bem como discussão e formulação da técnica de atendimento em desenvolvimento.

## **Instrumentos**

**Relato do atendimento:** Imediatamente após cada atendimento, a terapeuta fazia uma gravação em áudio, individualmente, na qual relatava oralmente, de maneira livre, o

atendimento recém ocorrido. Desta forma, acredita-se que o material provindo desta gravação pode apresentar benefícios tanto em relação à diminuição dos lapsos de memória do observador, quanto conteúdos ricos advindos da livre associação do seu discurso. Este procedimento já fora utilizado por Steibel (2011) e mostrou ter relevância para a análise dos dados, pois auxilia o pesquisador a resgatar aspectos emocionais da vivência através do tom de voz e da associação livre. Esta gravação foi transcrita literalmente e levada para discussão no grupo de supervisão semanal.

**Relato da Supervisão do atendimento:** O grupo de supervisão ocorreu concomitante aos atendimentos, e foi composto pela supervisora clínica desta tese, psicanalista com experiência como supervisora de grupos de observação de bebê e com o atendimento clínico destes; e mais três terapeutas com experiência tanto clínica quanto com o método Bick, que também estavam atendendo casos com a mesma técnica. O grupo acompanhou longitudinalmente os casos em atendimento, discutindo cada caso de acordo com a demanda das sessões. Para fins deste estudo, as supervisões foram gravadas em áudio.

### **Considerações éticas sobre o estudo**

A participante do presente estudo foi devidamente informada sobre os procedimentos e a duração da pesquisa, tendo a liberdade de desistir de sua participação em qualquer momento. De forma alguma o estudo prevê que as mães ou o bebê venham a sofrer qualquer tipo de prejuízo ou privação de benefícios por sua participação neste estudo. Ao contrário, a intervenção e o espaço de escuta proporcionado para estas mães têm o intuito de auxiliá-las emocionalmente na elaboração do impacto do nascimento prematuro de seus filhos.

O presente projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia (Anexo II), Processo nº 22009015 e pelos comitês de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas-HPMV (Processo nº 07/09). As participantes assinaram duas cópias do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

### **Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada baseada nas ideias de Lopes et al. (2012) sobre o processo investigativo psicanalítico pelo método Bick. Esta análise será feita baseada no material contido nos instrumentos descritos acima, **Relato da observação** e **Relato da**

**supervisão da observação**, valorizando a qualidade emocional contida na relação da terapeuta com o caso, comunicações não-verbais e principalmente, sentimentos contratransferências.

Por ser um modelo psicanalítico, a supervisão, o tratamento pessoal e o estudo teórico (tripé psicanalítico descrito por Freud) estiveram presentes em todo o processo dos atendimentos dos casos. O relato clínico, embora desafiador, pois se limita à percepção da vivência por parte do terapeuta, e da sua habilidade de colocar em palavras uma experiência vivida basicamente de forma sensorial, tem uma grande validade neste estudo, pois através dele é possível acessar conteúdos da vivência do próprio terapeuta com o paciente, vértice muito valorizado quando o objeto de estudo é a experiência emocional envolvida do processo terapêutico (Caron, Lopes, Steibel e Donelli, 2012). Lopes e colegas (2012) apontam que a possibilidade de ter sucessivas escutas de um mesmo material, ao longo dos momentos do método Bick – observação, relato e supervisão - possibilita amenizar as lacunas inerentes impostas ao processo investigativo quando o próprio psiquismo do sujeito é o instrumento para a captação de emoções e vivências subjetivas.

---

<sup>2</sup> O peso mínimo para a alta de um bebê é de 2 Kgs | spital. No entanto, é necessário que o bebê esteja bem do ponto de vista clínico.

<sup>3</sup> Prática espiritual de origem budista que tem por base a crença na existência da energia vital universal, manipulável através da imposição de mãos. através desta técnica, os praticantes acreditam ser possível canalizar a energia universal a fim de restabelecer um suposto equilíbrio natural, não só espiritual, mas também emocional e físico.

<sup>4</sup> Enfermeira que tem maior proximidade com Josiane.

<sup>5</sup> Conforme descrito no capítulo sobre o método, após as sessões a terapeuta gravava um áudio com o relato da sessão.

## DA OBSERVAÇÃO A CLÍNICA: EM BUSCA DA CONSTRUÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO NÃO INTERVENCIONISTA

Início este capítulo resgatando o começo de minha jornada no mundo dos bebês. Sou inspirada pelas ideias de Borgogno (1999), que sugeriu que a leitura da obra de Freud seja feita sob o viés do percurso feito pelo pai da psicanálise para que o leitor possa se identificar com o pensamento de cada momento da evolução da teoria psicanalítica. Borgogno (1999) assinalou que Freud pôde constituir suas hipóteses e os conceitos iniciais "*apreendendo a partir das vicissitudes emocionais que acompanhavam seu encontro com paciente*" (p.26), ou seja, partindo de sua vivência real e intensa para a árdua tarefa de descrevê-la e teorizá-la em um delicado trabalho de autoanálise. A escolha do método Bick vem ao encontro destas ideias, pois através da seriedade e rigor de sua metodologia – observação, relato, supervisão – permite o contato direto com vivências emocionais intensas e que estas possam achar uma forma de serem expressas verbalmente via o processo de elaboração do observador/terapeuta.

Me inspiro também no espírito investigativo do próprio Freud (1896): “Imaginemos que um explorador chega a região pouco conhecida onde seu interesse é despertado por uma extensa área de ruínas, com restos de paredes, fragmentos de colunas e lápides com inscrições quase apagadas e ilegíveis. Pode contentar-se em inspecionar o que é visível, em interrogar os habitantes nas imediações, talvez uma população semibárbara, sobre a que a tradição lhe diz a respeito da história e do significado desses resíduos arqueológicos, e em anotar o que eles lhe comunicarem – e então seguir viagem. Mas pode agir de modo diferente. Pode ter levado consigo picaretas, pás e enxadas, e colocar os habitantes para trabalhar com esses instrumentos. Junto com eles, pode partir para as ruínas, remover o lixo e, começando dos resíduos visíveis, descobrir o que está enterrado”. (p.190)

Início então a descrição do meu percurso. Através da primeira experiência com o método Bick, em formato *standard*, anterior a esta aplicação do método à UTI neonatal, pude iniciar uma jornada sem volta, descobrindo uma forma de acessar emoções que não a forma tradicional. Através da própria experiência da observação, fomentada pelo método (Lopes, Caron, Steibel & Donelli, 2012), descobri que os meus sentidos, minha atenção quando não focada em achar algo *apriori*, mas ligada ao que o bebê e o ambiente despertavam em mim em forma de emoções ou imaginações, podiam me conduzir a uma forma incrível de apreender o que não era dito nas relações humanas. Obviamente que não se trata de nenhum

achado inédito do ponto de vista científico, pois o uso da atenção flutuante para apreender o inconsciente já há muito foi descrito por Freud (1912), e o uso da contratransferência (Heimann, 1950) também não é algo novo no campo da psicanálise. No entanto, o estudo prévio destas teorias, a prática de atendimento em psicoterapia psicanalítica, supervisão e análise pessoal parecem ter preparado o terreno para que esta descoberta vivencial pudesse ocorrer.

A possibilidade destas descobertas fomentou em mim um desejo de ir adiante, de saber mais, de ir para antes do início da vida, no mundo dos bebês que nascem antes do tempo. O início da jornada que tive em uma UTI neonatal foi intenso e muito enriquecedor. Através de uma adaptação do método Bick de observação de bebês, observei Henrique, um pequeno bebê que nasceu extremamente prematuro, com somente 26 semanas de gestação e 640g, que após 75 dias de internação veio a óbito (Steibel, 2011; Steibel, Lopes & Caron, 2014). Durante a breve vida de Henrique, tive a oportunidade de compreender de forma visceral a intensidade de sentimentos e vivências somáticas geradas pelo contato emocional com um bebê em tamanho sofrimento, os quais costumam invadir o nosso corpo e mente de forma a nos desestabilizar. Com isso, percebi que se torna fácil defender-se de um ambiente tão caótico, automatizando e distanciando-se dos bebês e da árdua tarefa de manter-se ligado a quem ameaça constantemente se despedir da vida. No entanto, me parece que o que Henrique deixou de mais vivo em mim foi a possibilidade de compreender que independente do desfecho, vida ou morte, ter alguém que consiga enfrentar as barreiras contra o distanciamento e permanecer ligado emocionalmente pode ter uma diferença importante na vida destes bebês, famílias e equipe.

Destaco esta minha vivência pessoal até aqui, pois ela foi a chave para que o trabalho que foi desenvolvido e, que está sendo discutido nesta tese, pudesse ser realizado. O envolvimento com o método Bick, que é essencialmente similar ao método psicanalítico, e toda esta trajetória descrita forneceu-me ferramentas indispensáveis para o efeito terapêutico da intervenção realizada.

Início destacando novamente, conforme foi extensamente apresentado anteriormente, a natureza intrusiva do ambiente da UTI neonatal. A rotina da unidade inclui procedimentos necessários que invadem o curso normal dos cuidados de um recém-nascido. Mães que rotineiramente estão em um estado de choque e regressivas devido à condição em que estão seus bebês e uma equipe altamente qualificada, mas, também sobrecarregada. A equipe, ocupada com o trabalho complexo que é utilizar-se da tecnologia de ponta na tentativa de

salvar estes bebês, não consegue ter uma disponibilidade emocional para cuidar, do ponto de vista emocional, dos bebês e de seus familiares.

Para que os profissionais sobrevivam a este ambiente e consigam achar um equilíbrio para realizar seu trabalho diário, por vezes pecam por se automatizarem e se tornarem tão especialistas quanto as máquinas da UTI neonatal. Ser o responsável por produzir dor a um bebê doente nos momentos de procedimentos necessários, ter que presenciar um bebê não melhorar mesmo frente a todo cuidado possível dedicado a ele, ser alvo de críticas dos pais que também estão em estado de pânico são tarefas muito difíceis. Para enfrentar estes desafios, os profissionais encontram uma distância segura, tornando-se afetivamente frios, conforme já destacado na literatura (Cohen, 2003; Steibel, 2011). No entanto, quando defendem-se desta forma, abrem mão de sua sensibilidade emocional que poderia ajudá-los tanto a lidar melhor com a sobrecarga emocional provinda do seu trabalho, quanto a empatizar com alguns pais e bebês e dar o suporte emocional necessário. Dentro desta necessidade de esfriar o clima, a UTI passa a ser um ambiente de fazer e não de sentir.

A cobrança por fazer algo, ter uma intervenção psicológica de ponta, com comprovações científicas baseadas em escalas e análises estatísticas, projetos que apontassem claramente o que e como seria feito, também foi algo muito presente desde o início do trabalho. A sensação de estar fazendo algo, independente do que seja, funciona como um apaziguador momentâneo, algo que preenche um vazio que se cria frente ao desconhecido destino destes bebês. Diante da impotência de que há pouco a se fazer, há uma necessidade de que algo seja feito. No entanto, poder segurar este impulso de correr para teorias e artigos já descritos na literatura como forma de tentar prever o que seria vivenciado na UTI abriu caminho para a descoberta de uma intervenção baseada na experiência prévia das próprias terapeutas, confiando em sua formação até então, e no grupo semanal de supervisão que contava com uma psicanalista experiente em atendimento de bebês que constantemente discutia o que estava sendo realizado.

A experiência prévia de observação de um bebê no ambiente da UTI neonatal (Steibel, 2011; Steibel, Lopes & Caron, 2014) possibilitou o aprendizado vivencial da observadora tanto sobre especificidades do ambiente quanto em relação ao potencial terapêutico no ato de observar. Embora o método Bick não tenha como objetivo o tratamento, sabe-se que as famílias que são observadas se beneficiam indiretamente da companhia emocionalmente ativa do observador, um olhar qualificado que pode ser terapêutico. Neste sentido, a presente intervenção proposta foi baseada na não intrusividade do método Bick de observação de

bebês. A característica do ambiente da UTI neonatal fez com que intuíssemos<sup>6</sup> que uma intervenção não intervencionista fosse necessária. Embora poucos estudos já apontassem de forma implícita para esta tendência menos intervencionista, pois reconheciam que o funcionamento regressivo das mães neste contexto, não havia a descrição de um tipo de atendimento para este contexto (Anscombe, 2008; Demby, 2010; Miller, 2001; Pizzoglio, 1997).

Iniciar um trabalho terapêutico neste ambiente foi desafiador. Por onde iniciar? Partindo do conhecimento tido até então, havia uma compreensão de que uma intervenção psicoterápica não poderia ser mais uma demanda a ser cumprida para as mães e profissionais. Ter *a priori* uma série de compreensões de conflitos típicos enfrentados por mães e bebês que deveriam ser trabalhados sessão a sessão, parecia ser algo generalizado e muito pouco individualizado. Frente à tendência ao distanciamento emocional e ao automatismo típico da UTI neonatal (Cohen2003; Steibel, 2011), a ideia era propor algo que pudesse realmente ir ao encontro das necessidades de cada caso atendido, e assim, poder aprender mais com estas mães, e ter a humilde e esperança de poder ajudá-las.

Embora seja claro que muito do que ocorre na observação de bebês proporciona aprendizados fundamentais a serem implementados na prática clínica, há diferenças importantes entre estas duas práticas (Rustin, 2006). Uma das questões é em relação ao papel do observador ou do terapeuta. Na observação de bebês fica claro e contratado que o observador é um profissional-estudante, que está ali para aprender mais sobre o desenvolvimento infantil, e, assim, aprimorar-se em sua formação. Com isso, implicitamente sua presença não é sentida como alguém que está ali para dizer o que deve ser feito ou julgar os pais pelo que estão fazendo.

Na intervenção, ao contrário, o terapeuta possui de início a expectativa de intervir em algo que está no curso errado, ajudar a alguém que está com problemas. Com isso, fica implícito seu papel ativo e a esperança de que ele faça algo e que tenha um bom efeito. Esta expectativa coloca o terapeuta em um papel difícil quando se trata de poder proporcionar um desenvolvimento emocional, pois não se sabe de antemão o que será possível ser feito, e qual resultado virá desta intervenção.

Rustin (2006) destacou que enquanto o terapeuta, no seu consultório, é pressionado a responder aos apelos de ajuda do paciente, o observador, no âmbito da observação de bebês,

---

<sup>6</sup> A utilização do verbo intuir aqui está relacionada à uma sensibilidade criada através de muitos estudos teóricos, da prática clínica e principalmente de discussões em grupo de pesquisa com profissionais com experiência, e não ao senso comum ou algo magicamente deduzido.

tem o benefício de poder ficar livre com seus pensamentos, sem a pressão de ter alguém que espere alguma palavra de conforto ou de compreensão. No entanto, uma das principais coisas valiosas da observação é justamente poder ter uma liberdade de vivenciar, para que justamente o trânsito livre das emoções do terapeuta possa ajudar a guiá-lo no caminho a seguir, e compreender o paciente para além do que ele comunica verbalmente.

O terapeuta precisa achar um equilíbrio entre se disciplinar a ter uma isenção de expectativas, para que possa sentir-se livre para atuar com menos pressão possível e, assim, manter-se fidedigno ao material, mas ao mesmo tempo sabendo que há uma expectativa, própria e do paciente, de melhora. Sendo assim, é necessário que o terapeuta, diferente do observador, tenha ferramentas com as quais possa contar para fazer o seu trabalho de terapeuta.

Winnicott (1954) descreveu que a técnica de atendimento precisa ser adaptada ao funcionamento psíquico do paciente. Aqui, embora estas mães variem em funcionamentos psíquicos, todas se encontram em um estado puerperal e com risco de perder uma parte delas recém nascida, seu bebê, parte fundamental para que elas se tornem mães. Esta condição, por si só, as coloca em um momento delicado e regredido.

Winnicott (1956) ampliou o conceito de transferência no que tange a pacientes fronteiriços ou pacientes que, ao longo da análise, mesmo que neuróticos, regridem de tal forma que, temporariamente, não podem mais contar com o seu ego como uma unidade estabelecida. Nestes momentos, destacou que não é possível contar com uma neurose de transferência, e que a técnica deve ser adaptada. Com este intuito, buscou-se uma técnica que se aproxima do que Winnicott (1954) descreveu para pacientes regressivos, que ainda não adquiriram um *status* de unidade. Nesta abordagem, o autor sugeriu que a provisão ambiental e a manutenção do *setting* são mais importantes do que a atividade interpretativa.

Sem um modelo, o intuito era de poder ir ao encontro das necessidades destas mães e bebês, e não retirá-las de onde estão para uma intervenção pré-estabelecida. Uma das premissas na qual o trabalho se baseou era poder estar aberta ao que viria de cada caso, e aos poucos ir aprendendo a como manejar. Para que houvesse uma mínima segurança para iniciar este tipo de trabalho foi necessário que algo estivesse bem alinhado e firme: o *setting*. Neste sentido, basear-se na experiência do método Bick de observação bem como a prática de psicoterapia psicanalítica foi um pano de fundo fundamental para que a presente intervenção fosse iniciada, pois o método psicanalítico oferece um modelo de *setting* contínuo, com horários e local pré-agendados, responsáveis por facilitar a criação de uma continuidade

fundamental para o vínculo. Basear-se no *setting* fornecia uma base sólida para o início deste trabalho. A importância de um *setting* contínuo e firme para a realização da observação de bebês, bem como as suas aplicações, já foi destacado por alguns autores na literatura (Caron & Lopes, 2014; Houzel, 1997; Rustin, 2006).

A instalação de um *setting* claro e delimitado dentro da UTI foi um desafio constante no trabalho terapêutico desenvolvido. O fato de a UTI neonatal ser um ambiente predominantemente compartilhado com outras mães, bebês e equipe, fazia naturalmente com que as interferências durante os atendimentos fossem múltiplas. Em raras exceções as mães desejavam conversar isoladamente em uma sala de atendimento. Na maior parte do tempo, usavam a terapeuta em suas atividades diárias, enfrentando os obstáculos rotineiros, mas complexos da UTI.

As sessões ocorreram semanalmente e o número de sessões semanais variava de acordo com a necessidade de cada caso. As sessões tinham uma duração de aproximadamente uma hora cada e não tinham um local fixo para ocorrer, pois a terapeuta estava se propondo a estar junto com a mãe do bebê, onde quer que ela estivesse durante aqueles sessenta minutos de sessão. Assim, os limites físicos do encontro foram ampliados e passaram a ser o da UTI neonatal. Isto significa que, por vezes, as sessões ocorriam ao lado da incubadora, nos corredores, na sala das mães ou até na sala de espera do raio-x, como ocorreu em uma das sessões de Josiane.

Esta “*posição itinerante*” nomeada em um trabalho escrito pelo nosso grupo de terapeutas e supervisoras (Moreira et al, 2011), foi fundamental para que a terapeuta pudesse estar onde a mãe precisasse que ela estivesse. Em alguns momentos, a terapeuta se fazia mais necessária junto à mãe e bebê, ajudando a conter a angústia e proporcionando um ambiente facilitador; em outros momentos, a distância da mãe em relação ao bebê e o uso pessoal individual da terapeuta era mais importante, sendo necessário sair de perto da incubadora e oferecer uma atenção exclusiva à mãe. Embora Otero, Parodi e Piazzon (2003) tenham destacado no seu trabalho diferentes formas de trabalhar com as mães na UTI neonatal, que variavam desde a empatia e o acolhimento até interpretações, destaca-se que no presente atendimento, mesmo nos momentos onde a mãe precisava um momento a sós com a terapeuta, estes seguiam sendo momentos de estar junto e conter a angústia da mãe, e não de cunho interpretativo.

Em outros momentos do atendimento, o espaço da terapeuta era compartilhado com outras mães, que passavam a conversar em grupo, na presença da terapeuta. Havia uma

sensação de precisar de mais pessoas para compartilhar aquele momento, que não somente entre paciente-terapeuta. Na ausência da mãe, a equipe também podia usar a terapeuta e desabafar sobre as dificuldades de atender o bebê, ou do próprio manejo com a mãe, ou até pedir dicas e trocar informações sobre como os bebês funcionam. Destaca-se que estas são formas de uso do terapeuta inéditas provindas deste trabalho, não encontrada em outros trabalhos revisados da literatura.

Desta forma, a terapeuta estava frente a um *setting* totalmente mesclado, no qual não havia delimitações físicas a serem respeitadas, exceto os limites do hospital e o do horário de atendimento. A terapeuta estava ali para ser usada conforme a necessidade de cada mãe. Esta atitude da terapeuta agrega dificuldades importantes de serem refletidas. Os limites físicos proporcionados por um atendimento psicoterápico clássico, em uma sala individual, ajuda o terapeuta a resguardar um *setting* interno (Caron & Lopes, 2015), fundamental para que o tratamento ocorra. Dentro de uma sala individual há algumas garantias como a privacidade do que está sendo conversado e sentido ali dentro e a não interferência de outras pessoas ou situações. Ao contrário do que se pode ter neste modelo tradicional, o atendimento aqui proposto era extramuros, fora de uma sala resguardada.

Não tendo limitações físicas que ajudassem a dar contornos à intervenção, ficava a cargo da terapeuta manter um *setting* interno firme e bem delimitado. Mas o que significa isso? Uma das questões mais importantes foi a capacidade de sempre estar refletindo e pensando analiticamente a situação, questionando-se onde e por que está realizando determinada atividade. Para que esta flexibilidade do *setting* físico fosse possível, o papel da supervisão foi fundamental para que este *setting* interno se mantivesse constante, sendo cuidado e olhado durante toda a intervenção. A importância de manter um *setting* interno, previamente treinado pelo método Bick, foi defendida por Caron & Lopes (2015).

Neste percurso e desafio de manter um *setting* interno calibrado, o estabelecimento de horários e tempo de duração dos atendimentos foi fundamental. De resto, nada se sabia sobre o que iria ocorrer. O que sustentava e mantinha-se igual era a presença da terapeuta e a disponibilidade dela para ir aonde o ambiente/Josiane a levasse. Mas, para que esta disponibilidade de ir até onde Josiane precisasse, em termos de experiência emocional vívida e primitiva emocional, a terapeuta sentiu que o limite de tempo cronológico proporcionava uma organização importante. O tempo de atendimento se assemelhava às paredes que faltavam no atendimento da UTI neonatal, presentes em um consultório privado. Ter um tempo delimitado com início, meio e fim, facilitava que a terapeuta pudesse esquecer-se do

resto e somente se ocupar profundamente de Josiane e Luana, bem como tudo o que estivesse relacionado a elas.

Embora os horários e dias tivessem sido combinados, Josiane tinha dificuldade de registrar em sua memória os horários e datas das consultas, parecia usar a terapeuta conforme a sua demanda. Estava no hospital de acordo com a sua disponibilidade, e não conforme as sessões combinadas. Com isso, em vários momentos não comparecia nos seus horários. Nestes casos, a terapeuta sempre comunicava a Josiane que esteve presente, seja através de mensagens ou ligações telefônicas, ou por membros da equipe, ou até mesmo verbalizando na próxima sessão. Sem interpretar que neste momento Josiane não conseguia reter em sua memória os horários das sessões, pois este conteúdo não teria sentido emocional para a paciente, a terapeuta delimitava de forma sutil o *setting*. Aos poucos, através da sua atitude comunicava que a sessão ocorria mesmo na ausência da paciente, e assim, Josiane pode ir introjetando os horários dela. No fim dos atendimentos, embora nem sempre conseguisse chegar a tempo, ela mesma já reconhecia que chegou depois do término do horário marcado.

Parece difícil exigir de uma mãe que ela mantenha sua memória factual e sua agenda em funcionamento enquanto tem a tarefa de manejar tantos sentimentos avassaladores e intensos. É próprio do puerpério e da preocupação materna primária (Winnicott, 1956) que a mãe se desligue do tempo real e conecte-se com o tempo do bebê. Além disso, outros autores já destacaram o desmantelamento mental típico de mães que enfrentam o drama da prematuridade (Cohen, 2003; Kraemer, 2006).

O tempo de Luana e de Josiane é intenso, não respeita os segundos e minutos. Como poder entrar em sintonia com esta dupla, se a ajuda profissional tem que respeitar uma agenda. Por isso, não havia cobrança por parte da terapeuta, reclamação de que Josiane precisasse lembrar o que havido sido combinado. Ao contrário, o que a terapeuta fazia era delimitar o *setting*, comunicar que ele existia mesmo que ela não estivesse presente.

Inicialmente, o horário tinha que ser resguardado pela terapeuta, parecia não fazer muito sentido para Josiane. A mãe é quem segura (holding) o tempo real dentro de si, e ajuda o bebê a gradualmente ir sentindo o tempo real do mundo. Josiane estava em um momento onde não havia horas, dada a urgência das necessidades de sua bebê. Esta foi a base do trabalho com Josiane, poder sustentar algumas noções de realidade, neste caso o tempo, que ela não estava podendo pensar ou sentir, para que, aos poucos, pudesse criar um ambiente menos ameaçador e ela pudesse se apropriar do que era dela. À medida que os atendimentos e

o vínculo evoluíam, já se podia perceber que Josiane foi introjetando os horários do atendimento, embora nem sempre conseguisse chegar a tempo.

O ponto de início dos atendimentos era sempre na incubadora de Luana. Este local de encontro foi sendo delimitado naturalmente, aos poucos, sem intenção prévia, mas foi de grande importância. Mesmo sem uma combinação verbal, pois esta era rapidamente esquecida por Josiane, o fato de a terapeuta sempre aguardar a mãe ao lado da incubadora de Luana parece ter inaugurado na dupla este ponto de encontro. Nas primeiras sessões, Josiane saía e voltava da UTI, e quando retornava a terapeuta seguia lá, mesmo na sua ausência. Em outras sessões, quando Josiane se atrasava um pouco, chegava e presenciava a terapeuta olhando para Luana, percebendo que o trabalho já havia iniciado mesmo com o seu atraso.

Atitudes como estas, embora pareçam simples, são resultado de uma série de convicções e intenções terapêuticas implícitas. É como se fosse a ponta do iceberg. Iniciar a sessão no tempo em que foi combinado, e estar ali em um estado de real disponibilidade faz com que Josiane, ao chegar, presencie e sinta que este espaço interno da terapeuta está preservado mesmo na sua ausência. Há uma continuidade do vínculo e das combinações por parte da terapeuta, mesmo que ela, naquele momento, não pudesse cumprir a sua parte. As ausências de Josiane nunca foram interpretadas pela terapeuta, mas entendo que através da desta atitude de preservar seu espaço, ela aos poucos pôde, de dentro para fora, ter um interesse de preencher cada vez mais aquele espaço que lhe era resguardado.

Em outros casos, outros locais eram delimitados como ponto de encontro. Assim, cada dupla podia ir construindo uma forma de trabalho única, respeitando o ritmo de cada um. Por vezes, era na sala das mães, e outras, era no corredor, antes de atravessar o corredor que levava à UTI neonatal. No entanto, na maior parte das vezes o ponto de encontro era a incubadora do bebê, pois na ausência da mãe no horário da sessão marcada, era para onde a terapeuta se direcionava.

Manter-se atento a um bebê debilitado na ausência da mãe é uma tarefa árdua. O ambiente da UTI neonatal convida para que a terapeuta entre em um estado automático, e fique tentada a aproveitar a ausência da mãe para resolver outros problemas. Desta forma, estaria quebrando o combinado com a mãe, ocupando o horário dela com outra atividade que não ela e o seu bebê. Este é um exemplo importante sobre manter um *setting* interno afinado, significa manter uma afinação emocional e uma atenção aquele horário para aquela mãe e bebê, sem se dispersar com diversos outros afazeres do ambiente.

Identificada com o papel de observadora, a terapeuta permanece ali sem a presença da mãe. Não tem um horário tão rígido quanto do consultório, mas tem um tempo reservado para estar ali. Pode ser todo o tempo com a mãe, com a equipe, ou com o bebê. Um tempo, um espaço para quem estiver ali. Neste sentido, a noção de intervenção se expande, torna-se algo maior do que a intervenção diretiva, estar *em atendimento* com a mãe. Grifo *em atendimento*, no sentido de ter que estar em uma sala, a dois, conversando sobre algo, o que caracterizaria em termos físicos uma psicoterapia. A terapeuta é do caso Josiane/Luana. Implicitamente a intervenção poderia ser entendida como uma profissional da saúde mental que dispõe um tempo para ser usada por aquela dupla.

Através desta disponibilidade, percebeu-se que na ausência da mãe, sempre havia alguém para usar este espaço. Em alguns momentos, membros da equipe que cuidavam de Luana usavam a terapeuta para descarregar sua angústia sobre os desafios do manejo da bebê e da própria Josiane. Poder escutar estes profissionais ajudou Josiane e a equipe a se relacionarem melhor, de forma menos destrutiva, pois a carga agressiva era depositada na terapeuta, e não na mãe ou na bebê. Durante as sessões somente com Josiane, esta podia descarregar sua angústia que anteriormente era depositada na equipe. E quando Josiane não estava, diferentes membros da equipe usavam este espaço para fazer o mesmo. O resultado foi uma menor tensão entre Josiane e a equipe.

Fornecer um espaço a ser usado foi algo que se mostrou de importante valor nesta intervenção. Com a atitude de disponibilidade da terapeuta, criou-se um espaço a ser preenchido por quem se preocupasse com Luana. Na correria do dia a dia, onde os profissionais sempre reclamavam da falta de tempo, parece que esta atitude podia proporcionar tempo para que o cuidado fosse desfrutado.

O atendimento de Josiane inicialmente era único da terapeuta. Josiane a via na unidade, e sabia que a terapeuta estava ali para atendê-la, mais um indício de que a sala de atendimento era o ambiente da UTI. A exclusividade de ser a única paciente a ser atendida fazia com que as paredes do *setting* fossem o próprio vínculo criado com a terapeuta. Josiane avistava a terapeuta na UTI e a sessão estava iniciada. Criou-se uma relação única, onde a terapeuta era da Josiane, e isso tinha uma importância grande, pois a usava conforme suas necessidades, e sabia que a sua presença indicava o atendimento, como em uma relação mãe-bebê, na qual o bebê sente a constância da presença da mãe, sem bem entender o que ela faz que o faz sentir-se mais inteiro. Em momentos em que a terapeuta estava no hospital para

realizar outras atividades, Josiane estranhava, parecia não saber como se comportar. O gatilho de início de sua sessão parecia não ser o horário marcado, mas sim a presença da terapeuta.

Uma relação autêntica foi se formando e este foi o ponto forte da intervenção, uma relação vivencial intensa que pode ser experienciada a dois. No segundo atendimento, por exemplo, quando Josiane conta com a terapeuta para desabafar suas profundas angústias e se sente profundamente compreendida, em uma escuta verdadeira que vai além das palavras, faz com que ela vivencie a terapeuta como parte dela. No momento final da sessão, quando a terapeuta indica que terminou o horário, Josiane diz: “*claro, tu também tem outras coisas que não só eu*”. Esta frase parece indicar que, mesmo que por um instante, Josiane sentiu-se acompanhada e compreendida em uma relação intensa que estava se iniciando com a terapeuta, mas que já se mostrava forte. Em contrapartida, neste final de sessão, a terapeuta quase sai da UTI vestindo o avental da UTI, esquecendo-se de tirá-lo, também indicando seu intenso envolvimento emocional. Josiane é quem alerta a terapeuta, dizendo que também já havia feito isso outras vezes. Há uma vivência indiscriminada entre as duas, terapeuta-paciente, uma sintonia fina, que faz com que esta ligação forte seja mais intensa do que foi de fato posto em palavras.

Destaco este momento do início, pois me parece importante ilustrar como se comunica ao paciente o que ele pode encontrar no atendimento que se inicia. Embora nunca tivesse sido explicado com muitas palavras o que seria feito ao longo das sessões, exceto estar junto, neste momento, Josiane sente na pele o que aquele espaço que se inicia pode oferecer a ela. Em contrapartida, a terapeuta também pode experienciar esta troca intensa, podendo, a partir dela, ter subsídios vivos para compreender Josiane.

À medida que os atendimentos ocorriam dentro da UTI, o envolvimento intenso da terapeuta com cada uma das mães atendidas repercutia na equipe de forma interessante. Por vezes, a terapeuta sentia-se acolhida, ao passo que em outros momentos era atacada e criticada, ou até mesmo ignorada novamente. Não raro, a terapeuta era confundida com a mãe do bebê que estava sendo atendido no momento. Havia uma sensação por parte da terapeuta de que, a cada caso que iniciava a atender, a equipe a via como alguém desconhecido. À medida que cada atendimento ocorria, a equipe passava a ser mais receptiva e reconhecer a terapeuta, ao passo que no caso seguinte, já era vista como alguém estranha novamente. Era como se a cada atendimento que se iniciava a terapeuta fosse recebida como um bebê novo, que chega com novas dificuldades e conflitos.

Embora a erapeuta seguisse sendo a mesma dentro da UTI, chamava atenção como a percepção sobre a sua presença podia mudar de caso para caso, como se assumisse um aspecto daquela dupla. Refletindo sobre esta questão, pode-se pensar que esta proximidade emocional que se criava com cada dupla, e que foi evidenciada detalhadamente no caso de Josiane aqui descrito, criava uma comunicação primitiva e silenciosa intensa entre mãe e terapeuta, que transbordava para o ambiente, revelando uma mistura, uma indiscriminação temporária daquela dupla. Esta mistura entre terapeuta e mãe assemelha-se à identificação que a mãe tem com o seu bebê. Mãe e bebê por vezes estão tão ligados que passam a funcionar como um só.

Através da experiência de mutualidade (Winnicott (1969) e em uma condição de preocupação materna primária a mãe (Winnicott, 1956), em estado de saúde psíquica, é possível mergulhar nas profundezas da regressão e identificar-se com o seu bebê, de modo a ajudá-lo a sair da agonia primitiva do cair para sempre, oferecendo um senso de continuidade. A mãe consegue ajudar o bebê a sair deste estado, pois ela mesma já esteve naquele lugar e através do desenvolvimento já adquiriu uma condição integrada. Durante este período inicial do desenvolvimento, a mãe pode parecer misturada com o bebê, o que ela sente é dele e dela ao mesmo tempo, até que aos poucos se separem.

Destaco aqui esta função materna, pois me parece que é uma das funções exercidas no trabalho terapêutico com estas mães. Com intervalo de tempo delimitado, a terapeuta se disponibilizava a mergulhar temporariamente nas profundezas da regressão, sentir-se intimamente ligada ao que a mãe transmitia e sentia, para que aos poucos pudessem ir evoluindo para um estado mais integrado, através da troca viva de experiências emocionais. Nesta jornada ao primitivo, havia momentos de ligação tão forte nos quais Josiane podia confiar nos olhos da terapeuta como se fosse um espelho dela mesma. Sem conseguir olhar diretamente para a filha, usava a terapeuta com uma intérprete dela mesma, pois através do olhar da terapeuta podia se enxergar melhor como mãe, e achar em si formas de cuidar e de acalmar sua bebê.

Destaco duas situações ao longo dos atendimentos que parecem ilustrar o trabalho silencioso que ocorre nos atendimentos e os dois desfechos diferentes. Uma delas ocorreu na quarta sessão, no momento em que Josiane pega Luana que estava chorando e não consegue acalmá-la. Rapidamente a mãe fica com medo de não acalmar a filha e olha para a terapeuta, que devolve o olhar, incentivando-a e comunicando, de forma não-verbal, que ela conseguiria. O resultado desta intervenção, incentivando e fornecendo espaço para que a própria mãe se

ocupasse de Luana, acarretou na possibilidade de Josiane se acalmar e conseguir acalmar sua bebê. Esta experiência com certeza auxiliou na sua autoestima como mãe e na confiança em si para poder cuidar de sua filha.

Ao contrário do que foi possível ser feito nesta sessão, na 12ª sessão, uma sessão após a revelação de que Luana é soro positiva, Josiane estava muito mal, excessivamente agressiva, projetiva e impulsiva. Josiane se aproximou da filha e ficou olhando para longe, não podia olhar para a filha naquele momento. A terapeuta parece não conseguir processar todos os ataques, fica angustiada e acionada na angústia de fazer algo. Intervém, mesmo com todos os indícios de que Josiane não tinha condições de escutar nenhuma intervenção naquele momento. Verbaliza algo que incentivasse Josiane a olhar para sua filha. Josiane “obedece” a terapeuta, abre a incubadora e do seu jeito estabonado pega Luana e ela chora. Há um desencaixe grande, o que serve para angustiar ainda mais Josiane, e aumentar seu sentimento de incapacidade.

Nestes dois exemplos, o trabalho de poder conter e intervir somente quando necessário faz toda a diferença para um desfecho favorável da relação mãe-bebê. A terapeuta estava angustiada e não conseguia processar tudo o que estava sentindo, precisava também descarregar. Não suportou o silêncio e *interveio* no sentido cirúrgico do termo, de ter que agir em busca de mudar o curso de algo que não estava indo bem e assim aliviar-se. A impossibilidade de processar as emoções ali presentes impossibilitou que a terapeuta pudesse enxergar as necessidades de Josiane. Neste sentido, o uso do silêncio e da não intervenção, se bem usado pela terapeuta, poderia ter lhe dado tempo de processar e tolerar o intolerável, servindo de modelo para Josiane.

Winnicott (1963) descreveu um material clínico de uma paciente pelo qual comunica ao leitor que já possuía todos os indícios e informações necessárias para dar-lhe uma ótima interpretação. No entanto, chama atenção que se assim o fizesse estaria sendo um mau analista, pois a paciente estava também comunicando que não teria capacidade egóica para compreender aquela interpretação. O autor destacou que é função do analista estar sempre atento às condições de força do ego do paciente naquele momento, com o intuito de avaliar a possibilidade de uma interpretação ser de fato útil e terapêutica. Assim, ressalta-se a importância de o analista, nesses momentos, poder segurar dentro de si cada porção do material para interpretação que ainda não pode ser absorvida pelo paciente, aguardando o melhor momento para utilizá-la.

Josiane era sentida por todos como uma ameaça, não conseguia comunicar sua angústia e desespero em palavras, então transbordava seu estado emocional precário a quem se aproximasse. Com isso, o contato com Luana, bem como com a equipe era prejudicado. A possibilidade da entrada da terapeuta fez com que esta pudesse ser usada como uma intermediária, alguém que pudesse conter a agressividade, digeri-la e, assim, não devolvê-la ao ambiente. Através da continência e da possibilidade de escuta da equipe e de Josiane, a terapeuta cria uma área de descanso, intermediária, resultando em uma maior integração entre equipe e Josiane. Esta função também ocorre entre Josiane e Luana, que passaram a conseguir estar mais juntas, sem um desequilíbrio grande.

Esta área intermediária criada pela terapeuta ajuda a desintoxicar o ambiente e torná-lo mais acolhedor e menos nocivo, oferecendo um espaço para que Josiane pudesse ser ela mesma, e, assim, pudesse achar formas de ser uma mãe mais cuidadosa, dentro do seu próprio jeito de ser. Ao longo dos atendimentos, este espaço foi favorecendo que Josiane passasse a se questionar e a verbalizar que reconhecia sua impulsividade e que isso poderia fazer mal a sua filha.

Quando a mãe ajusta-se ao bebê, conhece suas necessidades, utiliza uma comunicação que vai além do verbal. As mães de bebês prematuros estão neste estado, estão como bebês. Sem os seus bebês no colo estão em um estado de profundo desamparo, e precisam de alguém que possa ajudá-las a escutar o que nem elas estão conseguindo compreender.

Em uma das sessões, a paciente comentou sobre uma bolha imaginária que uma vez um médico disse que usava para proteger-se quando o ambiente externo está muito invasivo. Utilizando esta metáfora trazida pela própria paciente, a intervenção teve a função de proporcionar uma bolha de proteção. Quando a paciente podia estar junto da terapeuta, estas inauguravam um espaço, fisicamente dentro da UTI, mas emocionalmente isolado da intrusividade do ambiente. Um espaço onde pensar e se emocionar eram possíveis de forma relativamente segura.

Com o passar do tempo, a paciente mostrou habilidades que nunca haviam antes sido imaginadas para esta mãe. Em uma das sessões verbalizou para a terapeuta: “*estes dias estava pensando no que me disse*”, indicando que havia sido criado um espaço para pensar e não só para agir dentro dela. Contou que isso ocorreu quando estava novamente impulsionada a forçar a equipe a *fazer* algo para Luana, mesmo não sendo o melhor para ela, mas algo que iria aliviar a sua própria angústia. Lembrou que isso poderia não ser bom para a filha e preferiu ficar quieta. Baseado nesta afirmação, é possível identificar que a relação entre

Josiane e a terapeuta possibilitou a existência de um espaço dentro de Josiane, que pode ajudá-la a pensar, refletir, o que antes não era possível.

Josiane apresentava um funcionamento que provocava as pessoas a maltratá-la. Sentia que o ambiente era hostil, reagia a ele e criava-se uma guerra em que todos perdem. Ela era grosseira, impulsiva, inconsequente, de forma que facilitava com que as pessoas a repudiassem. A possibilidade de ter iniciado o atendimento com alguém neutro, que pudesse lhe fornecer um modelo diferente, parece ter feito uma enorme diferença em Josiane. A relação com a terapeuta proporcionou a ela um ambiente no qual ela pudesse se mostrar em suas mais difíceis angústias, e sentir-se realmente acolhida e aceita. Assim, pôde confiar na terapeuta e até se espelhar em um modelo mais continente e menos atuador.

A possibilidade de oferecer um modelo de escuta e de respeito aos diferentes jeitos de cuidar de um bebê pode ajudar a mãe a tornar-se a mãe que ela pode ser. A tentativa de ensinar manuais de como se cuida de um bebê pode ter um efeito negativo, pois não se respeitam as individualidades de cada dupla. No caso descrito, tentar encaixar a paciente em um formato de mãe esperado só iria gerar mais irritação na paciente, pois ela constantemente seria contrastada com a mãe que ela não é, ao invés de poder ser apresentada a uma mãe que ela pode ser. Trabalhando desta forma é possível identificar que o potencial de mudanças está no paciente e não no terapeuta. Obviamente, a conduta do terapeuta influencia na possibilidade de o paciente sentir-se à vontade e seguro para poder sair da bolha e crescer. A não intervenção, no sentido de uma atitude altamente atenta às necessidades do paciente, ao mesmo tempo que altamente reservada em relação a intervenções diretivas, fornece o espaço para que o paciente desenvolva o seu potencial e possa desenvolver um trabalho psíquico de dentro para fora.

A experiência da observação de bebês juntamente com a experiência de manejo do *setting* proposto por Winnicott (1954) foi fazendo muito sentido no trabalho dentro da UTI neonatal, não somente com as mães como também com a equipe. A necessidade de ser escutado e de ter alguém que pudesse sobreviver mental e fisicamente àquele ambiente foi se tornando cada vez mais clara.

## CAPÍTULO V

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não temos como saber quais casos vão dar certo e quais não vão. O desafio de salvar bebês extremamente prematuros reside nesta incerteza: como saber como os bebês vão reagir às intervenções do ambiente? Analogamente, como saber a medida certa de intervir no sentido de poder ajudar as pessoas no contexto da prematuridade? Como proporcionar o resgate de uma continuidade perdida com o nascimento abrupto prematuro? Foi no intuito de poder discutir estas questões que a presente tese se inspirou.

São diversos os sentimentos despertados por este ambiente, cada caso é um e nos afeta de forma diferente. Os casos mais difíceis e que nos geram sentimentos ruins costumam ser mais “descartáveis”, pois nos desacomodam e nos desafiam profissionalmente. Josiane e Luana é um caso que poderia facilmente ser descartável. Além de ser um caso difícil, pois Luana já nasceu com deficiências grandes devido a sua condição clínica, Josiane comporta-se violentamente em relação à equipe, uma violência velada, também presente durante a gestação e, que, possivelmente contribuiu para que não conseguisse tomar os cuidados necessários e preservar sua filha de contrair o HIV. Sem que esta violência pudesse ser contida e compreendida pela terapeuta, não teria como proporcionar um ambiente menos ameaçador para que Josiane pudesse parar de reagir e pudesse achar formas de desenvolver seu potencial como mãe.

A escolha do caso de Josiane e Luana para ser alvo de discussão desta tese teve a função de poder demonstrar como um caso “descartável” e mortífero pode ter riquezas escondidas só à espera de serem descobertas. Não são casos exemplares, bonitos onde as intervenções são sempre fáceis com um desfecho de final feliz. O caso de Josiane ficou em aberto, novamente deixando a mensagem da importância de respeitar os limites que nos são impostos e especialmente do constante desafio imposto pela prematuridade, de tolerar nossa impotência. De alguma forma o tema morte fica implícito, pois Luana era um bebê que parecia estar indicando que não teria forças para sobreviver. Além do seu corpinho ter nascido antes do tempo ele ainda era atacado por um vírus altamente perigoso. Será que Luana sobreviveu? Não sei. Teremos que conviver com esta dúvida e poder aprender com ela ao máximo.

A arte de intervir nestes casos foi construída em uma formação minuciosa e altamente criteriosa, pois foi baseada no desenvolvimento de uma capacidade de conter angústias antes

mesmo de saber qual o significado delas. Estar presente de corpo e mente, podendo estar aberto para receber os mais violentos sentimentos e sensações de despedaçamento que o ambiente gera em quem o adentra. O árduo trabalho de não intervir simplesmente por estar reagindo a uma demanda do ambiente que cobra que algo seja feito, ter paciência de intervir não intervindo, fornecendo um espaço para que o próprio paciente possa ocupar o espaço e desenvolver-se só pode ser sustentado com um treinamento rigoroso e cuidadoso do aparelho psíquico do terapeuta.

A tarefa de se disponibilizar para traduzir o ambiente de uma UTI e o que é vivenciado lá dentro é difícil. Vivenciar, deixar ser permeado, são parte da vivência clínica com os pacientes, o dia a dia do analista. Mas escrever de forma objetiva o que foi vivenciado de forma subjetiva é sempre um desafio grande, embora necessário. O trabalho com Josiane foi acolher o não verbal, para que o verbal pudesse surgir. Mais do que apresentar interpretações foi poder fornecer um clima de trabalho propício para que ela mesma pudesse se desenvolver a sua própria forma de ser mãe da Luana.

Borgogno (1999) sugeriu que o analista só compreende o que faz em um segundo momento. Esta aprendizagem passa por um percurso das "*percepções pré-conscientes que com o tempo se tornarão os processos conceituais conscientes, e, somente em seguida, real instrumento cotidiano e ordinário dos analistas*". (p.28). Somente em um segundo momento o autor se conscientiza de seus próprios pensamentos. Analogamente a este modelo, o método Bick também oferece uma metodologia que permite esta experiência. Escrever esta tese foi este segundo momento de poder refletir e compreender melhor o que foi realizado junto a estas mães em um nível mais vivencial. Em outras palavras, foi possível transformar uma vivência em experiência.

O trabalho de intervenção feito nesta pesquisa oportunizou não somente ajudar mães e bebês, mas também ajudou a equipe no manejo. A atitude receptiva e não intervencionista da terapeuta proporcionou um espaço que pôde ser gradualmente preenchido tanto pelas mães quanto pela equipe.

No ambiente da UTI neonatal circulam vivências não só primitivas do início da vida, mas carregadas de uma angústia própria do risco de morte iminente. Neste sentido, voltar aos conhecimentos sobre o início do desenvolvimento dos bebês, angústias primitivas que todos nós já ultrapassamos melhor ou pior foi fundamental para a compreensão deste contexto. Tratam-se de angústias tão iniciais que somente uma mãe com um estado de extrema

regressão poderia ser capaz de se identificar com o bebê, em um estado de preocupação materna primária (Winnicott, 1956), e suprir suas necessidades de forma suficientemente boa.

Em momentos regressivos, o analista/terapeuta deve estar preparado para abdicar da atividade interpretativa, sem sair do seu papel analítico, direcionando sua atenção para a preservação do *setting* e ao manejo do paciente. Lembra um pouco a atitude materna em relação ao recém-nascido, na qual há uma necessidade de adaptar-se às necessidades do bebê, sem que esta exija um reconhecimento desta devoção. Embora não haja o reconhecimento, Winnicott (1956) destacou que o paciente é capaz de entender que há um espaço diferente e um respeito a sua própria condição.

Esta é uma tarefa árdua, pois exige muito do analista, já que o paciente precisa que ele se comporte como uma mãe no sentido de uma sensível adaptação as suas necessidades, embora o analista não seja a mãe do paciente. Este foi um dos desafios constantes neste trabalho junto com as mães, pois poder oferecer um holding/sustentação como se fosse mãe é uma exigência grande. Há limites com os quais a função terapêutica se depara. Ser exclusiva, onipresente, e inteiramente devotada como uma mãe nos primeiros dias de vida do bebê é algo que um terapeuta não pode proporcionar a um paciente. No entanto, percebeu-se que é possível, através de um contato emocional intenso dentro de um tempo limitado da sessão, poder ter algumas vivências compartilhadas que auxiliam no resgate da maternidade daquela mãe, oferecendo um modelo continente para que ela mesma possa seguir o trabalho da maternidade com o seu bebê.

O excesso de permeabilidade entre o dentro e o fora da UTI apontado ao longo da tese, parece indicar que o trânsito entre o dentro e o fora do psiquismo também fica prejudicado. Há um excesso de permeabilidade entre o dentro e o fora, que invade de forma violenta, fazendo com que as pessoas reajam: ou se retraem ou extravasam. Através da apresentação do caso, foi possível perceber que fornecer um ambiente mais confiável para Josiane possibilitou o nascimento de aspectos maternos dela que já residiam dentro dela, embora não tivessem um espaço para poder aparecer. A equipe, por sua vez, mostrava-se muito reativa a ela de início, mas poder ser escutada pela terapeuta e acolhida também facilitou que a equipe pudesse mostrar um lado mais cuidadoso que já possuíam dentro deles também.

Neste sentido, destaca-se que a promoção de um ambiente baseado no interesse genuíno, no acolhimento de angústias que ainda não possuem nome, mas possuem uma força violenta e na genuína troca emocional, fornece a confiabilidade necessária para que os gestos espontâneos possam aparecer ao invés da intrusão ambiental. Resgatar a sensibilidade do

arsenal humano de dentro da UTI - pais e equipe - e aliar ao importante trabalho das máquinas da UTI, pode fornecer um ambiente de trabalho mais forte e coeso para cuidar dos bebês. Destaca-se que o papel do profissional da saúde mental nestes locais é de extrema importância, pois a longa formação e dedicação para poder se aproximar de angústias intensas e contê-las fez toda a diferença para que pais e equipe pudessem se sentir acolhidos e realmente compreendidos, não somente em sua comunicação verbal, mas principalmente a não verbal.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, M. L. B. V. (2004). Grupo criar-te: A criatividade na UTI-neonatal. In R. O. Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp.191-200). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amadeu, V. T. R., & Hartmann, J. B. (2005). O binômio mãe-bebê na UTI neonatal: a mãe que eu tenho e a mãe que eu preciso. *Iniciação Científica Cesumar*, 7 (1), 25-40.
- Anscombe, E. (2008) The dichotomy of containing trauma amidst joy: New life and neonatal death; the experience of working with the parents of twins on NICU. *International Journal of Infant Observation*, 11, 147-160. Doi: 10.1080/13698030802242849
- Anspach (1993) *Deciding Who lives: fateful choices in the intensive-care nursery*. California: University of California Press.
- Araújo, J. (2003). Prematuridade In P. Gonçalves (Eds.). *Tudo sobre a criança: perguntas e respostas* (pp.68-73). São Paulo: IBRASA.
- Bezerra, A., Moreno, M., Clementino, A., Chagas, A., Moura, I., & Silva, J. (2014) Ética na decisão terapêutica em condições de extrema prematuridade. *Revista Bioética*, 22 (3), p.569-74. Doi: 10.1590/1983-80422014223040
- Bick, E. (1964). Notes of infant observation in Psycho-Analytic training. *International Journal of Psychoanalyses*, 45 (4), 558-566.
- Bick, E. (1986). Further considerations of the function of the skin in early object relations – findings from infant observation integrated into child and adult analysis. *British Journal of Psychotherapy*, 2, 292-299.
- Bion, W. R. (1967/1994). *Estudos Psicanalíticos revisados (Second Thoughts)* (3ed). Rio de Janeiro: Imago.
- Bracco, D. M (1996). De La no-integración a La integración. I Colóquio de Observación de Bebés Barcelona. Disponível em:  
<http://www.asociacionbick.org/cat/comunicaciones5.html>
- Borensztein, C. L. (2001). A importância da observação de bebês para a formação de psicanalistas. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 3 (1), 89-99.
- Borgogno, F. (1999). *Psicanálise como percurso*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bourlanger, G. (2005). From voyeurs to Witness: Recapturing Symbolic Function After Massive Psyquic Trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 22:21-31. Doi: 10.1037/0736-9735.22.1.21

- Braga, N. A., Zorniz, M. S., & Morch, D. S. (2004). Parto prematuro: Antecipação e descontinuidade temporal In R. O. Aragão (org.), *O Bebê, o Corpo e a Linguagem* (pp.165-174). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação* (D. Batista, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caron, N. A. (1995). Fundamentos teóricos para a aplicação do método E. Bick. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 29 (2), 283-291.
- Caron, N. (2014) “Analistas praticando outra coisa”? Desafios das crianças e dos bebês à psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 48(2), p.67-82.
- Caron, N., Fonseca, M. M. C., & Kompinsky, E. (2000). Aplicação da observação na ultrasonografia obstétrica. In. N. A. Caron (org). *A relação pais-bebê. Da observação à clínica*. (178-206). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caron, N. A., Fonseca, M. M. C., & Lopes, R. S. (2008). The baby and his majesties: some considerations on human helplessness. *International Journal of Infant Observation*, 11(1). 64-75. Doi: 10.1080/13698030802034428
- Caron, N. A., & Lopes, R. 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. (2015) 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. *International Journal of Infant Observation*. Doi: 10.1080/13698036.2015.1011825
- 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. *International Journal of Infant Observation*, 15 (3), 221-230. Doi:10.1080/13698036.2012.726519
- Caron, N; Lopes, R. & Donelli, T. (2013). A place where verbalization has no meaning. *International Journal of Infant Observation*, 16(2), 170-182. Doi: 10.1080/13698036.2013.808511
- Cassorla, R. M. S. (2001). Prefácio. In: E. R. Turato. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (pp.19-32). Petrópolis: Vozes.
- Cresti, L., & Lapi, I. (1997). O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade?. In: Lacroix, M.B., & M. Monmayrant (org). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. (149-162). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Cohen, M. (2003). *Sent before my time: A child psychotherapist's view of life on a neonatal intensive care unit*. Londres: Karnac.
- Cunningham, F. G., et. al. (2000). *Williams Obstetrícia* (20ªed). (C. L. C. Araújo, Trans.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Demby, G. (2010). Observation as an adjunct to psychotherapy – when patient delivers prematurely. *International Journal of Infant Observation*. Vol 13(3), p.269-281. Doi: 10.1080/13698036.2010.516488
- Donelli, T. M. S. (2008). O parto e o Tornar-se Mãe: Aplicação do Método Bick de Observação da Relação Mão-Bebê (ORMB). Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Druon, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo da criança, em UTI neonatais. In: Lacroix, M.B. & M. Monmayrant (org). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. (139-148). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Faimberg, H. (2010). Método “a escuta da escuta”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(3), 33-41.
- Fraiberg, S. (1975). *Clinical Studies in Infant Mental Health*. New York: Basic Books.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired mother infant relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-422. Doi: 10.1016/S0002-7138(09)61442-4
- Freud, S. (1996). Um caso de cura pelo hipnotismo. In: *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. V. I*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra Originalmente publicada em 1892).
- Freud, S. (1996). A etiologia da histeria. In: *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. V. III*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra Originalmente publicada em 1896).
- Freud, S. (1996). Recomendações aos médicos que exercem psicanálise. IN: *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. V. XII*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra Originalmente publicada em 1912).
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press

- Harris, J. (2005). Critically ill babies in hospital: Considering the experience of mothers. *International Journal of Infant observation*, 8 (3), 247-258. Doi: 10.1080/13698030500375651
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Houzel, D. (1997). A observação de bebês e a psicanálise, ponto de vista epistemológico. In: Lacroix, M.B. & M. Monmayrant (org). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. (87-94). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gaíva, M. A. M., & Scochi, C. G. S. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 444-448. Doi: 10.1590/S0034-71672005000400012
- Jardin, F., Detry, L., Denis, P., Moreau, A., & Sibermann, A. (1997). Observação do bebê na creche. In: Lacroix, M.B. & Monmayrant (org). In: Lacroix, M.B. & M. Monmayrant (org). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. (163-174). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H., & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê, a formação do apego* (M. H. Machado, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kraemer, S. (2006). So the Cradle Won't Fall: holding the staff who hold the parents in the NICU. *Psychoanalytic Dialogues*, 16:149-164. Doi:10.2513/s10481885pd1602\_4
- Lacroix, M. B., & Monmayrant, M. (org). (1997). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lazar, R., Röepke, A. & Ermann. G. (2006). Aprender a Ser: observación de um bebê prematuro. *Revista Internacional de Observación de Lactantes y sus aplicaciones*. 5, 25-50.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed.
- Lax, R. F. (1972). Some aspects of the interaction between mother and impaired child: mother's narcissitic trauma. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 399-344.
- Lebocivi, S. (1987). Consultation thérapeutique mère-nourrisson. *Journal de la psychanalyse d'enfant*, 3, p.172-190.
- Lebocivi, S. (1992). A maternidade (G. P. Costa & G. Katz, Trans.). In G. P. Costa & G. Katz, *Dinâmica das relações conjugais* (pp.41-61). Porto Alegre: Artes Médicas

- Litvan, M. A. (2007). Infant Observation: A range of questions and challenges for contemporary psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 713-733. Doi: 10.1516/9031-19R0-3704-2371
- Lopes, R. C. S., Caron, N. A., Steibel, D. & Donelli, T. S. (2012) Desafios ao percurso do pesquisador psicanalítico: reflexões a partir da pesquisa com o método Bick de observação de bebês. (pp. 212-229) In: M. Macedo & B. Werlang. *Psicanálise e Universidade: Potencialidades teóricas no cenário da pesquisa*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Lopes, R. C. S., Vivian, A. G., Menegotto, L. M. O., Donelli, T. S. & Caron, N. A. (2007). A observação da relação mãe-bebê através do método bick. In C. A. Piccinini & M. L. S. Moura (Org.), *Observando a interação pais-bebê-criança* (pp. 73- 102). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Maldonado, M. T. (1979). *Nós estamos grávidos*. Rio de Janeiro: Bloch Editores.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso de Gioconda* (P. P. Abreu, Trans.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Maury, M. (1999). Intervenções psicoterápicas nos bebês e seus pais no hospital. (P. C. Ramos, Trans.) In A. Guedeney & S. Lebovici, *Intervenções psicoterápicas pais-bebê* (pp.119-132). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendelsohn, A. (2005). Recovering reverie: using infant observation in interventions with traumatised mothers and their premature babies. *International Journal of Infant observation*. 8(3). 195-208. Doi: 10.1080/13698030500375693
- Mendes, E. N. W., & Bonilha, A. L. L. (2003). Procedimento de enfermagem: uma dimensão da comunicação com o recém-nascido. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 24(1), 109-18.
- Menegotto, L. M. O., Menezes, C. C., Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2006). O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psicologia Clínica*. 18 (2). 77-98. Doi: 10.1590/S0103-56652006000200007
- Miller, B. (2001). 'Sharing the thought': work in a neo-natal unit. *International Journal of Infant Observation*. Vol 4(3), p.97-108. Doi: 10.1080/13698030108401639
- Miller, G. (2007). *Extreme Prematurity. Practice, Bioethics and law*. New York: Cambridge University Press.
- Moreira, C. I., Gerhardt, C., Steibel, D.; Silveira, F., Caron, N. & Lopes, R. (2011) A impossível tarefa de segurar o sol com a mão. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, XVIII (2), 237-254.

- Morsch, D. S. & Braga, M. C. A. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10 (4), 624-636. Doi: 10.1590/S1415-47142007000400005
- Muller-Nix, C. & Margarita Forcada-Guex, M. F. (2009). Perinatal Assessment of Infant, Parents, and Parent- Infant Relationship: Prematurity as an Example. *Child Adolescent Psychiatric Clinical*. 18, 545–557. Doi: 10.1016/j.chc.2009.02.008.
- Negri, R. (1994). *The Newborn in the intensive care unit. A neuropsychanalytic prevention model*. Londres: Karnac Books.
- Noel, T. K. (1998) An observation of loss in the Neonatal Intensive Care Unit. *International Journal of Infant observation*, 1 (2), 100-106. Doi: 10.1080/13698039808400842
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionado a saúde*. CID 10. São Paulo: Edusp.
- Otero, F.; Parodi, J. & Piazzon, E. (2003) Crisis y trauma en prematuridad. *Transiciones. Revista de la Asociacion Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*, Vol 6, pp. 77-87.
- Perez-Sanchez, M. (1983). *Observação de bebês: relações emocionais no primeiro ano de vida* (T. Pellegrini, Trans.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. C. S., Esteves, C. M., Anton, M. C. & Oliveira, V. Z. (2009). *Prematuridade e Parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização*. Research Project, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Piontelli, A. (1995). *De feto à criança. Um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Pizzoglio, Y. Q. (1999). Presença de um psicanalista em reanimação neonatal como auxiliar da vida psíquica (P.C. Ramos, Trans.). In A. Guedeney & S. Lebovici, *Intervenções psicoterápicas pais-bebê* (pp. 111-118). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ramos, H. A. C. & Cuman, R. K. N. (2009). Fatores de risco para prematuridade: Pesquisa documental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 13 (2), 297-304. Doi: 10.1590/S1414-81452009000200009
- Ramos, J. G. L., Martins-Costa, S. H., Valério, E. G. & Müller, A. L. L. (2006). Nascimento pré-termo. In F. Freitas; S. H. Martins-Costa; J. G. L. Ramos & J. A. Magalhães. *Rotinas de obstetrícia* (pp.78-90). Porto Alegre: Artmed.

- Reid, M. (2000). Psychotherapeutic intervention during the postnatal period. *International Journal of Infant Observation*. Vol 3(2), p.6-20. Doi: 10.1080/13698030008406143
- Reid, S. (1997). *Development in Infant Observation. The Tavistock Model*. London: Routledge.
- Rezende, J. & Montenegro, C. A. B. (2008). *Obstetrícia Fundamental* (11ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rustin, M. (2002). Looking in the right place: complexity theory, psychoanalysis, and infant observation. In: A. Briggs. *Surviving Space. Papers in infant observation*. London: Karnac.
- Rustin, M. (2006). Infant Observation research: What have we learned so far? *International Journal of Infant Observation*, 9(1), 35-52. Doi: 10.1080/13698030600593856
- Sandri, M. R. (1997). O grupo de observação: escuta, rêverie, transformação In: Lacroix, M.B. & M. Monmayrant (org). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. (63-78). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Siksou, B., & Golse, B. (1997). Aspectos terapêuticos da observação direta (p.49-55). In. A. Guenedey & S. Lebovici. *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artmed.
- Slevin, M., Farrington, N., Duffy, G., Daly, L., & Murphy, J.F. (2000). Altering the NICU and measuring infants' responses. *Acta Paediatrica*, May;89(5), p.577-81. Doi: 10.1111/j.1651-2227.2000.tb00342.x
- Smith, G. et. al., (2011) Neonatal intensive care unit stress is associated with brain development in preterm infants. *Annals of Neurology*, 70 (4), p.541-549. Doi: 10.1002/ana.22545
- Sola, A., Rogido, M. R. & Partridge, J. C. (2002). The perinatal period. In A. M. Rudolph; R. K. Kamei & K. J. Overby, *The Rudolph's Fundamentals of Pediatrics* (3rd ed, pp.125-1985). USA: McGraw-Hill Companies.
- Souza, K. & Ferreira, S. (2010). Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2):471-480. Doi: 10.1590/S1413-81232010000200024
- Stake, R. E. (2005). Qualitative Case Studies. In: N. Denzin & Y. Lincoln.(Eds.) *Handbook of Qualitative Research*. (pp.443-466). Londres: Sage.
- Steer P. J. (2006). Prematurity or immaturity? *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 11, 136-138. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01136.x.
- 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 Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Steibel, D., Lopes, R. S. & Caron, N. A. (2014). An observer's intense and challenging journey observing the short life of an extremely premature baby in Neonatal Intensive Care. *International Journal of Infant Observation*, 17(3), p.195-214. Doi: 10.1080/13698036.2014.975544
- Unicef Brasil (2013) Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_27450.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_27450.htm)>
- Stern, D. A. (1997). *Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê* (M.A.V. Veronese, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive Mechanism in Psychoanalytic Therapy: The "something More" Than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, pp.903-921. Doi: 9871830
- Tracey, N. (2002). Premature and the dynamics of birth. In N. Tracey, *Parents of premature infants. Their emotional world* (pp.37-50). Londres: Whurr publishers.
- Vivian, A. G. (2006). O Desenvolvimento Emocional de um Bebê em uma Família Numerosa: uma aplicação do método Bick. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Vivian, A.; Lopes, R. & Caron, N. (2011). Making space for a fourth, unplanned child with the help of the observer's holding and receptive capacity. *International Journal of Infant Observation*, 14(3), p.273-286. Doi: 10.1080/13698036.2011.616296
- Warren, B. (2002) The premature infant in the mind of the mother. In N. Tracey, *Parents of premature infants. Their emotional world* (pp.67-84). Londres: Whurr publishers.
- Watillon, A. N. (1993) The dynamics of psychoanalytic therapies of the early parent-child relation. *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 74(5).
- Winnicott, D. W. (1988a). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1988b). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins fontes.
- Winnicot, D.W. (1975) O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil (J. O. de A. Abreu & V. Nobre, Trans.). In *O brincar e a realidade*. (pp.153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1967).

- Winnicott, D. W. (1983) A integração do ego no desenvolvimento da criança (PP.55-61). O ambiente e os processos de maturação. Artmed: Porto Alegre. (Original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (1983) Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança na situação psicanalítica (PP. 225-233). O ambiente e os processos de maturação. Artmed: Porto Alegre. (Original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1990) Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1994) A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis (Org.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 195-202. (Original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (1994) Individuação (J. O. de A. Abreu, Trans.). In C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis (Org.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 219-222). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1970).
- Winnicott, D. W. (2000) Ansiedade associada a insegurança. (pp. 163-167). Da pediatria a Psicanálise. Imago: Rio de Janeiro. (Original publicado em 1952).
- Winnicott, D. W. (2000) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. (pp. 393-398). Da pediatria a Psicanálise. Imago: Rio de Janeiro. (Original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (2000) Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise*. (pp.254-276) Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1949).
- Winnicott, D. W. (2000) Formas Clínicas da Transferência. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise*. (pp.393-398) Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1955).
- Winnicott, D. W. (2000) Preocupação Materna Primária In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise*. (pp.399-405) Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (2005). Desenvolvimento emocional primitivo (J. O. de A. Abreu, Trans.). In C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis (Eds.), *Explorações Psicanalíticas* (pp. 269-285). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1945).
- Wirth, A. F. (2000) Aplicação do Método de Observação de Bebês em uma UTI – Neonatal. In: N. A. Caron ( org.). *A Relação Pais – Bebê da observação à Clínica*. (pp. 207- 232) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zornig, S. A. J., Morsch, D. S. & Braga, N. A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, (7) 4, 135-143.

## ANEXO I

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Mestrado e Doutorado em Psicologia

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado (Estudo 2)**

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

Neste estudo será oferecido atendimento psicológico para as mães (e para os pais caso queiram participar) 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 15 a 30 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 que será filmada, 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.

Ressalta-se que as mães e pais que não desejarem participar deste estudo ou que desistirem de participar durante o processo não sofrerão qualquer prejuízo no atendimento que recebem neste hospital.

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

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; minha participação é voluntária e terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento médico e psicológico dispensado nesta instituição.

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

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo a utilização dos dados das entrevistas, anotações e gravações realizadas comigo e meu bebê, para fins dessa pesquisa e publicações associadas a ela. Entendo que todo o material desta pesquisa será mantido em sigilo no Instituto de Psicologia da UFRGS.

O pesquisador responsável por este estudo é o Professor Dr. Cesar Augusto Piccinini, do Instituto de Psicologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600/sala 111, Porto Alegre – RS. Caso eu queira contatar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3308-5058.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desse estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Nome da Testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha \_\_\_\_\_

## ANEXO II



### Instituto de Psicologia

Rua Ramiro Barcelos, 2600 CEP 91505-003 Porto Alegre RS Tel. /Fax (51) 3316-5066

#### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

REGISTRO NUMERO: 25000.089325/2006-58

#### ADENDO AO PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 2009015

Título do Projeto:

*Prematuridade e parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e ao desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização.*

Pesquisador responsável:

Cesar Augusto Piccinini

Projeto original aprovado em:

16/06/2009

Este projeto atende aos requisitos necessários. Está **aprovado** pelo CEP-Psicologia por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução nº196/96 e complementares do CONEP e Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Eventos adversos e eventuais ementas ou modificações no protocolo de pesquisa devem ser comunicadas a este Comitê. Devem também ser apresentados anualmente relatórios ao Comitê, inicialmente em 10/01/2011, bem como ao término do estudo.

**Adendo aceito e APROVADO**, em reunião de 10/01/2011.

  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Registro: 25000.089325/2006-58  
Instituto de Psicologia - UFRGS