



**AS VIVÊNCIAS PRIMITIVAS DE UM BEBÊ NASCIDO  
EXTREMAMENTE PREMATURO NO AMBIENTE DA UTI NEONATAL:  
UMA APLICAÇÃO DO MÉTODO BICK DE OBSERVAÇÃO**

**Denise Steibel**

**Porto Alegre/RS, 2011**

**AS VIVÊNCIAS PRIMITIVAS DE UM BEBÊ NASCIDO  
EXTREMAMENTE PREMATURO NO AMBIENTE DA UTI NEONATAL:  
UM ESTUDO DE CASO BASEADO NA APLICAÇÃO DO MÉTODO  
BICK**

**Denise Steibel**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia

Sob Orientação da

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes,

e Supervisão Clínica

Dra. Nara Amália Caron

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Instituto de Psicologia**

**Curso de Pós-Graduação em Psicologia**

**Março, 2011**

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS .....	4
RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	6

### CAPITULO I

INTRODUÇÃO .....	7
1.1. Prematuridade .....	8
1.1.1. O corpo do bebê prematuro .....	9
1.1.2. O ambiente da UTI neonatal .....	12
1.1.3. A função do ambiente/mãe no desenvolvimento do bebê.....	14
1.1.4. Maternidade no Contexto da Prematuridade.....	19
1.3. Método Bick de Observação de Bebês .....	23
1.3.1. Método Bick no Contexto da Prematuridade .....	33
1.4. Justificativas e Obejtivos .....	37

### CAPITULO II

MÉTODO .....	39
2.1. Participantes .....	39
2.2. Delineamento e Procedimentos .....	39
2.3. Instrumentos .....	40
2.4. Considerações Éticas sobre o estudo .....	41
2.5. Análise dos dados .....	42

### CAPÍTULO III

RESULTADOS .....	43
------------------	----

## CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO .....	77
4.1. Eixo I – Considerações sobre o desenvolvimento emocional primitivo .....	77
4.2. Eixo II - Implicações sobre método e as contribuições para a prática Clínica .....	95
4.3. Considerações Finais.....	104
REFERÊNCIAS .....	107
ANEXOS .....	116
Anexo A. Aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia....	116
Anexo B. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	118

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a construção desta dissertação.

Em especial,

À minha família que sempre acompanhou de perto meu crescimento pessoal e profissional com tanto carinho e atenção. Ao meu pai João, minha mãe Vera, minha irmã Letícia, meu irmão Gustavo, minha cunhada Nicole, minha linda sobrinha Martina e minha vó Violeta.

Ao Diogo, meu companheiro e dedicado amor, que sempre acreditou e torceu muito por mim e pelo meu desenvolvimento profissional.

Às importantes contribuições e dedicação da minha orientadora Professora Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes, que sempre esteve presente me auxiliando na construção desta dissertação e ampliando minha visão sobre as vivências primitivas da relação mãe-bebê.

Ao meu Professor Dr. César Augusto Piccinini pelas sábias contribuições em relação a aprimoramento do método de pesquisa.

À Nara Caron que através da sua experiência e sabedoria supervisionou este caso de observação de bebê de forma tão delicada e profunda, me auxiliando tanto na compreensão do caso quanto no aprimoramento da minha sensibilidade no contato com os bebês.

Aos colegas de grupo de supervisão (Léa Lubianca Thormann, Margared Steigleder, Marta Pacheco e Ricardo Heberle), que prontamente me acolheram no grupo já em andamento e sempre se mostraram muito empáticos e acolhedores com os difíceis momentos da observação.

Ao meu analista, Ruggero Levy, que acompanhou de perto as emoções suscitadas por este contato com os bebês, me ajudando a transformá-las nesta dissertação.

Aos colegas integrantes do projeto PREPAR que auxiliaram através de importantes discussões sobre a prematuridade.

À relatora deste trabalho, Professora Tânia Sperb, e às participantes da banca, Monica Macedo e Regina Sordi, pela disponibilidade e pelas relevantes contribuições.

À todos os demais que não foram nomeados, mas que contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

## RESUMO

O presente estudo investigou as vivências emocionais primitivas de um bebê nascido extremamente prematuro no ambiente da UTI neonatal. Optou-se por um estudo de caso único e longitudinal, utilizando o Método Bick de Observação devidamente adaptado para o âmbito de pesquisa. Participaram deste estudo uma díade mãe-bebê, a mãe tinha 35 anos e o bebê havia nascido com 24 semanas e 640 gramas. As observações ocorreram três vezes por semana durante o período de internação do bebê. Baseando-se no referencial psicanalítico de Donald W. Winnicott pôde-se discutir as vivências corporais primitivas deste bebê, que mostrava ter poucos recursos físicos para um desenvolvimento de forma suficientemente contínua rumo à integração. Além disso, discute-se também a experiência de mutualidade, envolvendo a forma de comunicação que se estabelece entre o bebê e o ambiente, incluindo a mãe, a equipe e a própria observadora.

Palavras-Chaves: Método Bick; prematuridade; desenvolvimento emocional

## ABSTRACT

The present study investigated the primitive emotional experiences of a baby born extremely premature at the NICU environment. It was chosen a longitudinal single case study, using the Bick method adapted for research field. The study included a mother-baby, the mother was 35 years old and the baby was born at 24 weeks and 640 grams. The observations occurred three times per week during the infant's hospitalization. Based on the psychoanalytic theory of Donald W. Winnicott, it was possible to discuss the primitive body experiences of this baby, who presented poor physical conditions to have a sufficiently continuous development toward integration. Moreover, it is also discussed the experience of mutuality, involving the kind of communication established between the baby and the environment, including the mother, the staff and the observant.

Keywords: Bick Method; prematurity, emotional development.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

O número de partos prematuros vem aumentando expressivamente nos últimos anos, sendo atualmente um pouco mais de 10% de todas as gestações, o que tem levado a um aumento de investigações sobre este tema (Rezende & Montenegro, 2008). Neste contexto, há um bebê que nasce incompleto, tanto fisicamente quanto na sua habilidade de interação com os outros. Juntamente com ele, há uma mãe, que por sua vez também se depara precoce e inesperadamente com a maternidade. Em alguns destes bebês, principalmente os extremamente prematuros, é possível observar o quanto as debilidades físicas inatas, bem como as constantes falhas no ambiente maquinário da UTI neonatal, podem prejudicar o alcance de uma homeostase, responsável por manter a vida destes bebês. Desta forma, em alguns casos, estas falhas podem apresentar-se de forma tão repetitiva neste corpo prematuro, que prejudica a possibilidade de este abrigar a vida.

Muitos estudos têm sido realizados no contexto da prematuridade, abordando temas tanto em relação às vivências dos pais, principalmente da mãe, quanto da perspectiva dos bebês. No entanto, percebe-se que os estudos que abordam a experiência do bebê enfatizam os aspectos de desenvolvimento físico, motor e possíveis sequelas ao longo do primeiro ano de vida. Nesse sentido, ainda há pouco estudos que abordam a perspectiva do bebê e seu desenvolvimento emocional.

Desse modo, o presente estudo visa explorar as vivências muito primitivas de um bebê que nasceu extremamente prematuro, cujo corpo teve dificuldades de sustentar a sua vida, assim como o ambiente não conseguiu ajudá-lo a construir um corpo que abrigasse a sua vida. Sendo assim, serão abordadas questões sobre o as vivências emocionais primitivas de um bebê nascido extremamente prematuro no ambiente da UTI neonatal.

A seguir, será apresentada uma revisão da literatura que buscará, inicialmente, caracterizar a prematuridade, definindo as características do corpo do bebê, do ambiente da UTI neonatal, bem como da maternidade neste contexto. Em um segundo momento, será discutido o papel do ambiente no desenvolvimento do bebê. Em seguida, serão apontados aspectos teóricos e metodológicos da observação proposta por Esther Bick (1964), examinando sua



aplicabilidade no âmbito da pesquisa. E, por fim, apresentar-se-ão alguns estudos já realizados, internacionais e nacionais, utilizando o método Bick de observação no contexto da prematuridade. Tendo em vista a orientação teórica da autora da dissertação, durante a revisão dos estudos serão priorizados os autores psicanalíticos, sem desconsiderar, quando necessário, autores de outras orientações teóricas.

### **1.1. Prematuridade**

A literatura define como prematuros os bebês que nascem com menos de 37 semanas (Cunningham et al., 2000; Ramos, Martins-Costa, Valério & Müller, 2006; Organização Mundial da Saúde (OMS), 2006). Os partos pré-termo ocorrem entre 7% e 10% dos partos (Ramos et al., 2006; Rezende & Montenegro, 2008; Sola, Rogido & Partridge, 2002). Alguns autores apontam que esta estimativa pode ser maior em classes menos favorecidas ou em mulheres que não realizaram o acompanhamento pré-natal (Sola et al., 2002).

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, em 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, caso sobrevivam, de terem lesões importantes e irreversíveis (Miller, 2007).

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 destas ocorrências clínicas, ressaltam-se as seguintes: gestação gemelar, ruptura prematura de membrana, cérvix uterina incontinente, malformação uterina, malformação fetal, doença materna e idade materna avançada. Steer (2006) aponta alguns outros fatores 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).

Behrman e Butler (2007) ressaltam que a heterogeneidade dos partos pré-termo é impressionante, embora a idade gestacional, o crescimento fetal e a maturação neurológica fetal sejam fatores interrelacionados e associados com a mortalidade de neonatos. Estes são critérios distintos que deveriam ser mais estudados. Assim, os autores identificam necessidade de mais estudos sobre estes indicadores, buscando classificá-los mais especificamente, podendo, então, criar indicadores melhores do que somente idade gestacional e peso fetal para avaliar prognósticos dos bebês.

Vaz (1986) afirma que a prematuridade é um grande problema de saúde pública, apresentando altos índices de mortalidade infantil. Além disso, Guralnick (2004) e Ramos e Cuman (2009) acrescentam que o nascimento prematuro pode ser um grande fator de vulnerabilidade, podendo trazer complicações à saúde e ao desenvolvimento da criança. Neste contexto, faz-se importante o estudo, não só dos prejuízos físicos destes bebês, mas também das implicações emocionais que estas vivências primitivas acarretam no bebê nascido prematuro.

### **1.1.1. O Corpo do bebê prematuro**

Os bebês prematuros são subdivididos em graus de prematuridade, de acordo com as semanas gestacionais do nascimento (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 com o peso (menos de 2500g são considerados de baixo peso; menos de 1500g de muito baixo peso e menos de 1000g de extremo baixo peso) (Cunningham et al., 2000; Ramos et al., 2006; Rezende & Montenegro, 2008).

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

Destaca-se que 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 que o menor manejo com o bebê é o mais indicado (Cohen, 2003). Mathelin (1999) acrescenta que além de estes bebês já sentirem dor também já são capazes de sentirem 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 em relação a 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).

As necessidades médicas variam de acordo com a idade gestacional com que o bebê nasce, doenças associadas, mas também com as características pessoais de cada bebê. Em termos gerais, é possível ter uma ideia sobre as dificuldades médicas de acordo com as capacidades já adquiridas por cada bebê. Bradford (2000) descreve algumas aquisições dos bebês de acordo com a idade gestacional em que estes nasceram. O autor descreve que, entre 24 e 28 semanas, os bebês nascem com peso entre 454g e 1600g, medindo 25-33 centímetros e possuem a cabeça desproporcionalmente maior do que o corpo. Sua pele mostra-se ainda muito fina e delicada, evidenciando o formato de veias e ossos devido à ausência de tecidos adiposos. Nesta idade, pode ser que os olhos ainda não estejam prontos para abrirem. Nesta idade são mais calmos, os bebês já conseguem se comunicar através de expressões faciais e linguagem corporal, além de terem habilidade de reconhecer sons, principalmente da voz materna. Já entre 29 e 34 semanas, os bebês nascem com peso entre 1000g e 2500g, medindo 30-35 centímetros. Sua aparência é um pouco mais volumosa, devido ao tecido adiposo que está se desenvolvendo, mesmo ainda tendo aspecto magro. Agora possuem mais energia para mover pernas e braços de forma mais vigorosa em comparação aos bebês mais precoces. Neste momento, também já conseguem sugar e fechar a mão, segurando o dedo. Com seus olhos abertos, podem reconhecer os pais e virar

a cabeça quando escutam um som familiar. E, por fim, entre 35 e 37 semanas, nascem com peso entre 1600g e 3400g, medindo 38-45 centímetros. Sua aparência é mais próxima dos bebês a termo, e há poucas diferenças em relação às habilidades de um bebê recém-nascido. Eles parecem estáveis e bem, além de conseguirem reconhecer os pais mais facilmente e já possuem alguns reflexos.

Análogo a sua imaturidade física, evidencia-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 (Lazar, Röepke & Munich, 2006). Sendo assim, antes que seu bebê adquira um mínimo de estabilidade clínica, o espaço para a participação da mãe nos cuidados é limitada (Gaíva & Scochi, 2005). 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 (Pizzoglio, 1999) e um contato mais íntimo com os pais.

Mathelin (1999) destaca 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, aponta 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 denotam 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.

Estudos com bebês prematuros apontam que através do comportamento e indicadores clínicos é possível identificar quando um bebê está com uma boa evolução ou não. No caso dos bebês estarem estressados e superestimulados, estes apresentam uma perda do estado de equilíbrio, que aparece sob a forma de pausas e aceleração do ritmo respiratório, mudanças brutais de cor, gases, salivação excessiva, soluço, tremores, sobressaltos, bocejos, flacidez motora global, posição de costas na incubadora, fisionomia sem expressão, braços e pernas flácidos e dedos estendidos. A hipertonicidade motora e rigidez também são comuns quando o bebê encontra-se em estresse, assim como estados de vigília e de sono difusos, olhar vago, estado de pânico e tensão, que caracterizam o comportamento do bebê como sem harmonia e ritmo. Já nos bebês que estão evoluindo bem pode ser

observado uma pele rosada, a ausência de cianose e de manchas roxas, uma regulação da respiração e do pulso, estados de sono e de vigília bem definidos, e, às vezes, a sucção dos dedos. Seus movimentos são harmoniosos e quando acordados, seu olhar é vivo e a expressão do rosto animada, sendo capazes de fixar o olhar ao menos por um curto espaço de tempo. Esse estado de equilíbrio dura enquanto os estímulos externos ou as funções internas não ultrapassarem o limiar de estresse da criança (Maury, 1999).

Estudos vêm mostrando que muitos destes bebês que sobrevivem apresentam vulnerabilidades e complicações importantes como Síndrome de Estresse Respiratório, doenças crônicas pulmonares, lesões nos intestinos, comprometimento no sistema imunológico, problemas cardiovasculares, problemas de visão e audição e danos neurológicos. Neste sentido, percebe-se que ainda faltam estudos que comprovem a eficácia, a longo prazo, destes procedimentos, bem como compreendam melhor os efeitos dos procedimentos hoje realizados em neonatos prematuros (Behrman & Butler, 2007).

Nesta seção foram citados diversos estudos que contribuíram de alguma maneira para o entendimento do funcionamento do corpo do bebê prematuro. Destaca-se que alguns enfocam mais o ponto de vista do funcionamento físico, utilizando-se de escalas e de estudos oriundos da medicina neonatal (Behrman & Butler, 2007; Bradford, 2000). Já outros, mesmo que se dediquem à compreensão do funcionamento corporal, já indicam dar uma maior importância aos aspectos emocionais imbricados no funcionamento físico. Estes últimos tiveram como metodologia a observação direta dos bebês (Gaíva & Scochi, 2005; Lazar et al., 2006) e/ou a prática de intervenção pais-bebê (Cohen, 2003; Mathelin, 1999; Maury, 1999).

### **1.1.2. O ambiente da UTI neonatal**

Quanto ao desenvolvimento e experiência emocionais iniciais dos bebês, Winnicott (1967/1975) aponta 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 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 (Muller-Nix & Forcada-Guex, 2009; Pizzoglio, 1999), o que se torna potencialmente estressante (Mendelsohn, 2005; Muller-Nix & Forcada-Guex, 2009). 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). Cohen (2003) acrescenta que por esses manejos e invasões gerarem incômodos e dores aos bebês, é necessário que a equipe esteja ciente que o menor manejo com o bebê é o mais indicado (Cohen, 2003).

Destaca-se, ainda, que 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. Destaca-se, ainda, que estes atritos são mais comuns em mães que se mostram mais ativas e interessadas no trabalho da equipe, pois estas podem representar uma ameaça às defesas da equipe (Cohen, 2003).

Destaca-se que nesta seção destinada ao ambiente da UTI neonatal, os trabalhos aqui citados são predominantemente focados na compreensão do

ambiente como parte do desenvolvimento emocional do bebê, ao contrário da seção anterior, em que foram apresentados estudos de outras áreas interessadas em aprender sobre os limites do corpo do bebê, como a medicina ou até profissionais que se utilizam de escalas para compreender os comportamentos neste contexto. Nesta seção, encontram-se trabalhos com metodologia voltada para a compreensão do não-verbal, utilizando-se o referencial psicanalítico, como o método Bick (Mendelsohn, 2005; Wirth, 2000) ou até experiências pessoais de trabalho em UTI (Cohen, 2003; Morsch & Braga, 2007; Pizzoglio, 1999).

### **1.1.2. A função do ambiente/mãe no desenvolvimento do bebê**

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.

A frase “não há tal coisa como um lactante” dita por Winnicott (1960/1983, p.40) é vastamente conhecida e nos esboça a complexidade destas relações que são estabelecidas inicialmente entre mãe/ambiente e bebê. Para Winnicott (1962/1983), sempre que encontramos um bebê, encontramos a maternagem, pois um bebê não pode ser pensado sem alguém que exerça a função materna e sem um ambiente suficientemente bom, onde possa se desenvolver física e psiquicamente. Para ter este ambiente propício ao desenvolvimento sadio, necessita-se de uma mãe suficientemente boa que seja capaz de entrar no estado que o autor chamou de preocupação materna primária.

Winnicott (1956/2000) considera 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 descreve que, primeiramente, a mãe resolve as 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). Neste sentido, a autora ainda destaca que esta cisão 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).

Destaca-se ainda que nesta fase de vida os bebês estão vivenciando um estado de dependência absoluta em relação ao ambiente. Para que eles consigam sair gradualmente deste estado e ir avançando em graus decrescentes de dependência, rumo à independência, é muito importante que ultrapassem este estágio, sem que eles tenham tido vivências de estar sozinhos por tanto tempo que suas ansiedades impensáveis tornem-se tão intensas que gerem uma descontinuidade (Winnicott, 1988b). A maioria dos bebês que recebe uma boa assistência, e de forma contínua, tende a confiar no ambiente e pode passar a reagir às exigências da mãe e do ambiente satisfatoriamente. Ao contrário, bebês que sofrem falhas muito graves, podem ter dificuldades de se recuperar. Winnicott (1969/1994) divide os bebês em dois grupos, os significativamente desapontados, e bebês não significativamente desapontados. Neste primeiro grupo, encontram-se bebês que tiveram o seu ambiente tão falho que carregam consigo a experiência da ansiedade impensável ou arcaica, tendo em si marcada a experiência de um estado de confusão aguda e da agonia da desintegração. Neste sentido, podem ser consideradas crianças potencialmente traumatizadas, pois o autor descreve o trauma como sendo algo provindo das intrusões intensas do ambiente quando o bebê ainda não possui defesas organizadas para lidar com tal intrusão.

No contexto da UTI neonatal, destaca-se que os bebês muito pequenos, que ficam sob respiração mecânica, possuem o seu ambiente familiar substituído por um ambiente extremamente técnico, o da UTI neonatal. Além disso, o ambiente da UTI neonatal é cheio de descontinuidades, 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. Neste sentido, torna-se ainda mais importante entendermos o ambiente da UTI, bem como as repercussões no desenvolvimento do bebê prematuro.

Negri (1994) descreve a importância de adequar os manejos destes bebês de acordo com o seu nível de desenvolvimento de habilidades sensoriais. Isso porque notou em seu trabalho que o manejo excessivo pode gerar uma ruptura no ritmo do sono do bebê, bem como uma dessaturação do oxigênio, gerando desequilíbrio. Desta forma, enfatiza a importância de a equipe estar atenta ao nível do 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, que são acompanhados por 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.

Isso se torna importante porque neste início de vida as experiências dos processos corporais do bebê acontecem no contato com as experiências maternas. Neste início, é fundamental que esta experiência compartilhada seja pele a pele, envolvendo os batimentos cardíacos, respiração, ritmo, movimentos que indicam a necessidade de mudanças de posição (encaixe), por se tratarem de interações silenciosas e primitivas (Winnicott, 1962/1983). No entanto, no contexto da UTI, este contato é limitado, pois dependendo do estado clínico do bebê, a mãe não pode tocá-lo. Sendo assim, os manejos da equipe em relação a estes bebês tornam-se a porta de entrada para estas experiências corporais iniciais.

Druon (1997) destaca que é difícil saber quando os bebês prematuros tornam-se sensíveis o suficiente para perceberem a presença do outro e, com isso, nascer um sentimento de “continuar a ser”. 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 (sensação-emoção).

Nesta complexidade do início da vida, Winnicott (1970/1994) também 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 capacidades 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 (Winnicott, 1988a).

Freud (1923/1996), precursor dos estudos psicanalíticos, já concluía em seus estudos que toda a disfunção psíquica se desenvolve com apoio na função corporal. Meltzer (1988) corrobora estas ideias ao descrever que as emoções são sentidas e experimentadas em primeira instância como estados corporais. Anzieu (1989) amplia esta noção atribuindo uma mutualidade nestes processos, pois descreve que o desenvolvimento do aparelho psíquico ocorre através de sucessivas rupturas com a base biológica. Através deste movimento é possível escapar das leis orgânicas, por um lado, mas por outro, também buscar uma sustentação de todas as funções psíquicas sobre as funções do corpo (Anzieu, 1989). Assim, o autor descreve que a pele fornece ao aparelho psíquico as representações constitutivas do eu e de suas principais funções. Bick (1967/1981), que estudou sobre o desenvolvimento emocional primitivo, também descreve a pele como uma metáfora de continente para as funções psíquicas do eu, que inicialmente é não integrado e indiscriminado. Através do contato pele a pele (físico), que considera ser a comunicação originária, a mãe poderá fornecer uma pele psíquica para o bebê para que ele possa introjetar esta função e, aos poucos, passar a ter um aparelho psíquico com instâncias distintas.

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, vêm-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. Análogo a mãe, aqui se pensa no ambiente, pois principalmente no contexto da prematuridade, o ambiente toma um contato ainda mais próximo com a sobrevivência e estabilidade do bebê, como já descrito anteriormente (Winnicott, 1969/1994).

Esta comunicação silenciosa exige um estado de confiabilidade, e quando esta ocorre, acarreta uma proteção ao bebê das reações automáticas às intrusões do ambiente. Destaca-se que, 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) destacam que nem sempre é fácil para a equipe, neste contexto, conectar-se com esta outra forma de comunicação com os bebês, pois estão acostumados com a linguagem verbal. No entanto, Mendes e Bonilha (2003) destacam que, através do seu trabalho, perceberam que somente a percepção por parte de quem maneja o bebê de que há uma comunicação do recém-nascido, já modifica a forma como este vai realizar tal procedimento, mostrando-se mais atento a mudanças e particularidades de cada bebê e, só assim, já estabelecendo uma comunicação.

Neste contexto, em que a equipe tem que assumir o manejo da sobrevivência do bebê, a mãe também se vê inundada por experiências para além da sua capacidade. Frente a estas dificuldades, torna-se fundamental discutirmos as vivências da maternidade neste contexto.

#### 1.1.4. Maternidade no Contexto da Prematuridade

A experiência do parto é conhecida como uma intensa e desconhecida experiência, tanto para a mãe quanto para o bebê, que juntos embarcam em uma jornada sem previsão imediata para término. Atribui-se a estes momentos muitos sentimentos e inseguranças, pois a dupla vivenciará uma interrupção no seu ‘continuar a ser’, para ter que se adaptar a outra realidade de ‘ser’ (Winnicott, 1949/2000). Nestes momentos, ocorre um processo único com as mães, de uma nova organização mental que envolve novas sensibilidades, fantasias, medos e desejos frente à chegada de um filho, denominada por Stern (1997), de constelação da maternidade.

No contexto da prematuridade, este cenário pode passar por algumas transformações, pois as mães podem ter sua constelação da maternidade distorcida pelo impacto da prematuridade. Através da interrupção abrupta da gestação, são arremessadas à maternidade antes de estarem prontas para tal (Tracey, 2002). Neste contexto, a mãe não teve tempo suficiente para alterar sua representação materna, ficando o bebê em desvantagem, tanto pela exposição ao atraso do desenvolvimento de suas próprias funções, quanto em relação a estas representações maternas incompletas (Stern, 1997). Desta forma, a chegada de um bebê prematuro pode ser um evento muito marcante para os pais que, frente a este momento, podem demonstrar algumas dificuldades com a parentalidade (Harris, 2005).

Lebovici (1992) descreve 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”. No caso de bebês prematuros, o desafio desta confrontação torna-se ainda mais árduo, pois seu recém-nascido pouco se assemelha ao bebê idealizado durante a gestação (Braga, Zorniz & Morch, 2004; Wirth, 2000). Com isso, algumas mães podem apresentar dificuldades em olhar para seu bebê prematuro, pois estes apresentam respostas diferentes do que esperavam (Almeida, 2004). Inclusive, nestas situações, algumas mães podem prender-se à representação de seu bebê imaginário e negar-se a descobrir seu bebê real (Warren, 2002)

Assim, o nascimento prematuro de um bebê inevitavelmente está vinculado a um processo de luto dos pais pela perda de seu bebê perfeito

(Brazelton, 1988). Fraigberg, Edelson e Shapiro (1975) enfatizam que em casos em que há uma impossibilidade da elaboração deste luto, as mães podem distorcer a percepção real do seu bebê, prejudicando a aproximação genuína e acolhedora da díade. Harris (2005) corrobora as ideias da autora de 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.

Aliados a uma ideia de que os pais falharam, é comum também um sentimento de impotência de ambos (Warren, 2002; Wirth, 2000), podendo a mãe sentir-se especialmente culpada por não ter conseguido manter a gestação até seu término (Noel, 1998). Estes sentimentos de culpa e auto-acusação da mãe estão aliados à separação do bebê antes que este esteja pronto física e emocionalmente (Brazelton, 1988; McFadyen, 1994; Mendelsohn, 2005; Tracey, 2002). 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) destaca que este perigo de morte acarreta uma incapacidade da mãe de sentir prazer pela chegada do seu filho.

Nestes casos, ter alguém que ajude a conter as angústias da mãe pode ajudá-la a tornar-se mais disponível para seu filho (Fraiberg et al., 1975). Amadeu e Hartmann (2005) sugerem que o 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.

Destacam-se alguns estudos que corroboram a ideia de que a aproximação da mãe é favorável ao desenvolvimento do bebê. Amadeu e Hartmann (2005) concluíram que a permanência da mãe na UTI proporciona uma melhora significativa do quadro clínico do bebê. 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.

Warren (2002) também descreve 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 tenha 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) destaca 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.

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 (Negri, 1994; Stern & Bruschiweiler-Stern, 1998). 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).

Wirth (2000) destaca 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) enfatiza 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, destaca-se que 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).

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) ressalta que essa relação também pode ser muito influenciada pelas fantasias que a mãe havia projetado para seu bebê.

Neste sentido, Brazelton (1988), embora enfatize que a proximidade das mães com seus bebês facilite o processo de elaboração deste luto, ressalta 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, descreve 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 passam a observar 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, apoderando-se da sua função parental e vínculo com seu bebê (Brazelton, 1988)

Brazelton (1988) e Stern e Bruschiweiler-Stern (1998) destacam que mesmo frente a esta situação atípica, na qual o desenvolvimento do apego entre mãe e bebê não será desenvolvido como de costume, não há motivos para pensar que não poderá surgir desta dupla um resultado satisfatório, enfatizando, ainda, que em algumas ocasiões o esforço para superar as adversidades pode contribuir favoravelmente para o estabelecimento do apego.

Diante do exposto, percebe-se que os momentos iniciais da relação mãe-bebê prematuro tendem a incluir sentimentos de ambivalência que podem interferir no seu contato com o bebê. Desta forma, a mãe vê-se voltada para o seu próprio conflito de tornar-se mãe prematuramente, apresentando dificuldades de se conectar com as necessidades do seu bebê. Dentro deste contexto, muitos estudos têm sido feitos por diversos profissionais da área. No entanto, a maioria destes trabalhos está vinculada à prática clínica dos profissionais, sendo assim,

necessário que haja mais estudos empíricos. Desta forma, este estudo tem como objetivo utilizar o Método Bick de observação de bebê aplicado na pesquisa, buscando ampliar as pesquisas que explorem as vivências primitivas do bebê prematuro no ambiente da UTI neonatal.

### **1.1. Método Bick de Observação de Bebês**

O método Bick de observação de bebês foi criado pela psicanalista britânica Esther Bick, e foi primeiramente introduzido como parte do treinamento de psicoterapeutas de crianças na Clínica Tavistock em 1948. Somente após alguns anos, em 1960, a observação de bebês foi inserida na formação oficial de psicanalistas no Instituto de Psicanálise de Londres. Através deste método, Bick trouxe a ideia de que para estar perto do conhecimento é necessário observar, valorizando o olhar emocional, o olhar que toca (Perez-Sanchez, 1997).

Bick (1964) destacava a relevância desta prática observacional como uma incrível possibilidade de os terapeutas vivenciarem intensamente a relação da criança com seus pais para que, quando se deparassem na prática psicoterápica, este aprendizado estivesse presente na compreensão das crianças. Além disso, o terapeuta estaria melhor preparado para entender as comunicações não-verbais dos seus pacientes. Desta forma, percebe-se que embora na época a autora não tivesse enfatizado claramente a importância da aplicação deste método na pesquisa, desde então já destacava sua importância na compreensão das vivências infantis nos primeiros anos.

O método visa explorar, através do observador, principalmente as comunicações primitivas, linguagens não-verbais e identificações projetivas, fatores ligados a etapas iniciais do desenvolvimento (Bick, 1964; Borensztein, 2001; Feldman, 2002; Lopes, Vivian, Menegotto, Donelli & Caron, 2007). Pela influência da teoria psicanalítica, o método apresenta similaridades importantes em relação às regras da análise, como a importância da atenção flutuante, transferência, contratransferência (Houzel, 1997) e a regra da abstinência (Pérez-Sanchez, 1997). Bick (1964) enfatiza, em seu artigo pioneiro, que a análise pessoal também é de grande contribuição para o observador e para o entendimento dos sentimentos despertados durante o processo de observação.

A observação de bebê é uma abordagem subjetiva que mostra a relação pais-bebê de forma bidirecional, como um sistema de influência e regulação mútua. Neste sistema, pais e bebê estão em contínua observação e influência um



em relação ao outro (Borensztein, 2001). O método consiste em visitas semanais à residência da família, de, aproximadamente, uma hora de duração, durante os primeiros dois anos de vida do bebê. Após as visitas, o observador produz um relato detalhado que é posteriormente discutido em um grupo de supervisão, o qual é frequentemente formado por não mais que cinco colegas e um supervisor com experiência na área (Rustin, 2006). Sendo assim, o método pode ser visto em três tempos complementares e distintos: o tempo da observação, do relato e da supervisão (Houzel, 1997).

No método Bick padrão, antes de iniciar as observações é necessário que seja escolhida uma família que aceite a proposta de trabalho do observador. Sugere-se que a família seja considerada normal e cotidiana, visando à observação de uma criança normal. O convite deve ser claro quanto ao desejo do observador em conhecer mais sobre o desenvolvimento infantil, bem como contribuir para seu aprimoramento profissional (Bick, 1964). Borensztein (2001) acrescenta que, no convite, o observador deve evitar informar sua relação profissional com a área da saúde mental, enfocando seu objetivo nos aspectos saudáveis e no cotidiano da família. Depois de aceito o convite, inicia-se a observação.

O papel do observador é considerado um instrumento fundamental para a técnica (Caron, 1995; Borensztein, 2001; Menegotto, Menezes, Caron & Lopes, 2006; Houzel, 1997; Lopes et al, 2007). Nesta vivência, o observador é convidado a, momentaneamente, despir-se de qualquer teoria e preconceito, e mergulhar nesta profunda experiência emocional, na qual estará atento aos pormenores, com todos os seus sentidos em alerta. O observador fica na incumbência de entender aspectos inconscientes do comportamento e padrões de comunicação, além dos sentimentos despertados nele próprio (Kompinsky, 2000; Houzel, 1997). Isso não quer dizer que as teorias e conhecimentos prévios não se façam presentes na mente do observador e que não interfiram, de alguma maneira (Rustin, 2006). Ao contrário, eles podem auxiliar o observador a captar pormenores importantes, desde que ele consiga mantê-las em segundo plano na sua mente, de forma latente (Borensztein, 2001).

O observador vê-se em um papel de não-saber, sem se preocupar com conclusões precoces, e sim deixando que a própria observação revele o tom emocional desta dupla mãe-bebê (Menegotto et al., 2006). Através desta postura receptiva e neutra, o observador é capaz de captar comunicações não-verbais importantes da díade (Lopes et al., 2007). Este canal aberto às sensações e

emoções, através do qual o observador 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 a função da *preocupação materna primária* descrita por Winnicott (1956/2000) (Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000). Bracco (1996) ainda descreve que nestes casos o observador tem o privilégio de acompanhar momentos de integração dos bebês, podendo visualizar o seu processo de individuação, bem como o seu processo contínuo de ‘vir a ser’. Por ser uma experiência emocional intensa, Bick (1964) destaca alguns desafios para o observador. Frequentemente depara-se com 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, a não ser o de observador. Este equilíbrio mostra-se importante, pois, por um lado, a neutralidade do 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. Neste sentido, o observador precisa ser capaz de se abster do que está acontecendo, buscando um vértice de observação que possibilite a menor distorção possível. No entanto, Bick (1964) recorda que esta neutralidade não pode ser rígida, pois não exclui a possibilidade de o observador mostrar-se útil em determinados momentos, como segurar o bebê no colo ou levar-lhe um presente. Em suas próprias palavras, deve ser um ‘*observador participante privilegiado, e por isso agradecido*’ (Bick, 1964).

Borensztein (2001) destaca que a incrível batalha para manter o próprio equilíbrio, em um campo onde as vivências primitivas incitam um maior envolvimento, é de grande valia para os profissionais da área da saúde mental, principalmente porque é algo vivencialmente aprendido pelo observador, e não adquirido de forma intelectual. Mas ressalta que a mais valiosa aquisição deste treinamento é o que cabe à atitude psicanalítica, conectada com o conceito de *reverie* descrito por Bion (1967/1944), a qual permite o reconhecimento e a contenção destes estados primitivos.

A compreensão desta experiência, inicialmente destituída do saber teórico, será proporcionada através de etapas posteriores, na elaboração do relato da observação e, principalmente, no grupo de supervisão coletiva, onde será

possível realizar uma construção do entendimento deste desconhecido (Menegotto et al., 2006).

Passamos, então, ao segundo tempo do método, o relato. Neste momento, o observador vê-se na tarefa de relatar o que foi observado. As observações são realizadas sem anotações, pois esta prática foi percebida como uma interferência, tanto na atenção flutuante do observador quanto nas possíveis respostas às demandas emocionais da mãe. Desta forma, o relato só é feito após a observação, no qual busca-se ser o mais literal e descritivo possível (Rustin, 2006), dando espaço para a experiência emocional do observador e suas contratransferências (Borensztein, 2001). Borensztein (2001) sugere que o relato seja feito 12 horas após a observação, rico em detalhes, realizado de forma mais direta, evitando, assim, interferências, especulações pessoais e interpretações precoces do material.

Este formato de relato, rico em vivências emocionais do observador, é considerado como um diferencial no método, pois difere das observações que visam o comportamento explícito do bebê, sejam elas com entendimento psicanalítico ou não. Além disso, há indícios que à medida que o observador acostuma-se a despojar-se de interpretações, de preocupações quanto ao significado do conteúdo observado, sua percepção tende a ficar mais livre, ajudando, assim, a recordar dos acontecimentos (Borensztein, 2001). 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.

E, por fim, há o grupo de supervisão ou chamado seminário, momento que deve ser visto como uma continuidade da observação e não como um método de ensino (Borensztein, 2001). Bick (1964) destacava a importância do grupo de supervisão para que os estudantes acompanhassem comportamentos fundamentais na relação objetal de determinada criança. Além disso, através da história precoce do bebê, pode-se rastrear, nos relatos, hipóteses e predições que possam ser validadas em observações futuras (Bick, 1964).

Uma das principais funções do grupo centra-se na oportunidade de refletir sobre o material da observação, explorar acontecimentos emocionais mãe-bebê e os que os rodeiam, podendo, assim, identificar e esclarecer significados psicanalíticos, incluindo a experiência subjetiva do observador (Borensztein, 2001; Rustin, 2006). 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 (Borensztein, 2001). Aos poucos, é possível registrar de forma não-verbal 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 dos da própria família, abrindo espaço para pensar sobre 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 com sua função continente, oferecendo abrigo para as angústias primitivas despertadas. Aqui o terceiro auxilia no processo de transformação do impacto emocional em um trabalho de elaboração psíquica (Sandri, 1997).

Percebe-se que durante este longo e constante trabalho de observações, 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 aprimora seu próprio recurso de observação (Rustin, 2006; Souza, 1995). 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-Sachez (1983) acrescenta que esta prática pode ser útil não só para psicoterapeutas, como também para outros profissionais que sejam ligados às relações humanas ou à família, como assistentes sociais, pedagogos, pediatra, psiquiatras infantis, etc.

No caso da família, percebe-se que, frequentemente, as mães que aceitavam participar das observações evidenciavam achar muito bom ter alguém que fosse as suas residências e com quem elas pudessem conversar sobre o desenvolvimento do seu bebê e seus próprios sentimentos (Bick, 1964). Além disso, sentem como uma atenção qualificada que está sendo dada a ela e ao seu bebê, 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 continente do observador, auxiliando essa mãe a também achar um equilíbrio entre as ‘necessidades engolfantes’ do bebê e suas defesas, achando uma distância segura para o crescimento de ambos (Borensztein, 2001).

Nas últimas duas décadas, alguns autores seguidores de Bick, entre eles Susan Reid e Michael Rustin, vêm estudando as aplicações do método e defendendo seu grande potencial no campo da pesquisa (Reid, 1997; Rustin, 2002,2006). Esse movimento tem sido incentivado pela riqueza que os relatos da observação proporcionam, pois se tratam de dados altamente qualitativos e sequenciais sobre o comportamento do bebê, da mãe, do pai e da relação entre eles (Menegotto, et al., 2006).

Muitos avanços quanto ao conhecimento da relação mãe-bebê também têm sido feitos, não somente pelo método Bick de observação, mas principalmente por pesquisas que se utilizam de métodos mais explícitos, como câmeras de vídeos e ambiente controlado de laboratório. Constata-se que, em comparação com estas novas pesquisas, o método Bick mostra-se em desvantagem, pois por muito tempo houve uma despreocupação com o método como ferramenta de pesquisa, por sua existência estar predominantemente ligada à formação de psicanalistas (Rustin, 2006).

Houzel (1997) diferencia estes dois tipos de observação, chamando o primeiro de psicanalítico e o segundo de experimental, mesmo que estes últimos sejam feitos por psicanalistas, como René Spitz, por exemplo. Perron (2003) também aborda uma distinção feita por Daniel Wildlöcher em relação às pesquisas que têm sido realizadas no âmbito da psicanálise, diferenciando as pesquisas *em psicanálise* das *sobre psicanálise*. As primeiras envolvem qualquer trabalho que tem como objetivo saber mais o que acontece durante o tratamento, ou seja, aprender sobre o processo em si, sendo assim necessário serem realizados por profissionais analistas que tenham sido bem treinados para esta atividade. Já as últimas consistem no uso de qualquer abordagem psicanalítica que venha de fora, como indicações terapêuticas, resultados, técnicas, análise crítica de conceitos e hipóteses, estudo da história da psicologia, e que não necessariamente necessitam um analista, mas sim uma pessoa que possui seu trabalho vinculado à linha psicanalítica.

No entanto, ressalta-se que a maior diferença entre pesquisas de observações realizadas em laboratórios das *em psicanálise*, é em relação ao seu objeto de conhecimento, pois enquanto as primeiras focam nos comportamentos observáveis, a psicanálise tem como objeto estruturas internas complexas nas quais só podem ser indiretamente inferidas, através de fenômenos observáveis como sonhos ou brincadeiras infantis (Litvan, 2007; Rustin, 2006). Neste sentido, é importante retomarmos as raízes teóricas e práticas da psicanálise, pois como já anteriormente mencionado, a observação Bick de bebês está imbricada nesta abordagem, sendo impossível discutir sua metodologia de pesquisa sem abordar conceitos e questões fundamentais que vêm sendo discutidos também na pesquisa *em psicanálise*.

Para que se possa pensar a psicanálise como ciência, é necessário entender que, atualmente, a ideia de ciência vem se ampliando, de forma que já se sabe que há diferentes formas de ciências para diferentes objetos de estudos. As particularidades da psicanálise como uma forma de conhecimento encontra-se nos requisitos heurísticos do seu objeto de pesquisa, ou seja, os processos mentais inconscientes. Embora o interesse da psicanálise nos significados subjetivos e suas interpretações, diferenças individuais e formas de compreensão seja parecido com o de algumas ciências humanas, o interesse no inconsciente parece particular da psicanálise (Rustin, 2006).

Em artigo recente, Rustin (2006) compara as diferenças e semelhanças da epistemologia (meio de captar o objeto de estudo) da observação de bebês com o processo analítico de crianças. Uma das diferenças apontadas pelo autor, também corroboradas por Litvan (2007), é em relação ao papel do observador e do analista nas suas respectivas atividades. O primeiro não precisa preocupar-se em ter um papel ativo, podendo, assim, voltar sua atenção exclusivamente ao estado de ser do bebê e à dinâmica familiar que o envolve, adquirindo uma visão privilegiada da família que pode ser muito útil para a pesquisa. No entanto, embora obtenha uma visão privilegiada, o observador encontra-se em desvantagem em relação ao analista, pois é justamente o papel ativo do analista que pode proporcionar uma melhor compreensão do caso, pois utiliza suas interpretações como meio de exploração de suas formulações e hipóteses. Além disso, Rustin (2006) aponta que a relação transferencial que ocorre no âmbito clínico, a partir do qual o material inconsciente toma formas na dupla analítica, tem proporções mais rasas na observação de bebês.

Outra diferença apontada por Rustin (2006) é que enquanto na observação de bebês o foco são os conteúdos que emergem da qualidade da interação e relação mãe-bebê e outros familiares, na psicoterapia infantil é baseado somente no mundo interno do paciente. Também ressalta que enquanto na psicoterapia as crianças já chegam com seu inconsciente instituído, na observação surgem muitos conteúdos primitivos que levam ao questionamento de quando se forma o inconsciente. Aponta-se, assim, que talvez esta seja uma das grandes vantagens da observação de bebês, pois possibilita que seja visto em tempo real o desenvolvimento de um aparelho mental.

Houzel (1997) enfatiza a importância das regras que regem a observação (enquadre), como a periodicidade, a constância das visitas e da postura do observador, e as compara com a função da regra fundamental no tratamento psicanalítico. Ressalta 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. Desta forma, a única intencionalidade é a própria do inconsciente, objeto de estudo, e não hipóteses externas pré-determinadas, a serem confirmadas ou refutadas.

Houzel (1997) atribui à ‘teoria do enquadre’ o meio que possibilita uma intersecção entre a psicanálise e a prática da observação como instrumento de pesquisa com valor científico. Evidencia a analogia dos enquadres do funcionamento mental com os enquadres da observação, em três grandes postulados, que são: existem processos de pensamentos inconscientes, o psiquismo é organizado em instâncias e, tem uma dinâmica própria que se manifesta nos processos de transferência e contratransferência. Sendo assim, o autor explica que o primeiro postulado é a base do próprio método, sendo o que permite ao observador desligar-se do seu pensamento racional para captar comunicações implícitas do bebê. O segundo é traduzido, no ambiente da observação, através dos três tempos que o método propõe (observação, relato e supervisão), relacionando com as três instâncias psíquicas (inconsciente, pré-consciente e consciente). E o último é evidenciado através dos sentimentos transferências e contratransferências do observador, que serve ali como meio deste fluxo de trocas conscientes e inconscientes do bebê com o ambiente.

Rustin (2006) corrobora a importância do *setting*, ressaltando que é através dele que se cria um ambiente adequado para que os processos mentais

inconscientes se manifestem. Levando em consideração a importância do enquadre, ainda ressalta-se que na falta do recurso da interpretação, os observadores devem estar muito atentos às trocas de horário, cancelamento e férias, pois esses momentos de mudanças no *setting* não terão espaço para serem devidamente trabalhados (Borensztein, 2001).

Uma das limitações que o método traz é que como ele é baseado nos sentimentos contratransferenciais do observador, este pode negar alguns sentimentos mais angustiantes, deixando, assim, de captar o que está se passando no ambiente observado (Lopes et al. 2007). Neste sentido, faz-se essencial que haja um grupo de supervisão que possa acompanhar este observador e ajudá-lo a elaborar estas possíveis dificuldades.

Rustin (2006) também enfatiza a influência de outros fatores na percepção do observador, destacando que embora esta atividade se proponha a ser o mais livre de pré-conceitos possível, há sempre fatores normativos presentes entre o observador e o que ele está observando que merecem atenção. Percebe-se que há algumas teorias e conceitos que são mais frequentemente relacionados com os conteúdos da observação, como a teoria neo-kleiniana, que destaca a função continente. Outra questão importante é o fato de os observadores serem da área da saúde mental, o que faz com que sua lente de observação já esteja influenciada por seus conhecimentos prévios sobre bebês, mães e suas famílias. Embora estas interferências estejam presentes no campo de observação, o autor ressalta que isso não impede que seja uma atividade válida e que ela não possa ser atenuada. Um dos fatores que podem amenizar estas influências é o fato de as famílias escolhidas para realizarem a observação serem geralmente saudáveis. Além disso, o fato de um dos objetivos do observador ser o aprendizado de seus próprios pensamentos e emoções frente às situações facilita para que percebam as nuances deste processo.

Cassorla (2001) diz que esta neutralidade tão almejada em pesquisa pode ser considerada um engano, pois sempre estaremos em interação com o objeto de estudo. Ressalta, 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.



O papel do observador considerado como um instrumento fundamental para consumação da técnica é afirmado por muitos autores (Caron, 1995; Borensztein, 2001; Houzel, 1997; Menegotto et al., 2006; 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. Foi em virtude destes desafios de envolver-se com o objeto investigado, e ao mesmo tempo 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 seu texto “Sobre o ensino da psicanálise nas universidades” (Freud, 1919/1996), 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 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 ideias, fomentando, assim, discussões teóricas sobre o desenvolvimento infantil e a relação do bebê com seus cuidadores (Lacroix & Monmayrant, 1997; Menegotto, et al., 2006; 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 ideias e influenciar a técnica clínica (Lopes et al., 2007; Rustin, 1989, 2002).

No intuito de fazer-se possível a utilização deste método para 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), UTI neonatal (Druon, 1997; Mendelson, 2005; Negri, 1994; Wirth, 2000), creches (Jardin, Detry, Denis, Moreau & Sibermann, 1997), exames ultrassonográficos (Caron, Fonseca & Lopes, 2008; Piontelli, 1995), entre outros.

Rustin (2006) identifica cinco grandes focos de estudos através da observação de bebê nos últimos anos: o desenvolvimento psíquico do bebê e a

integração corpo e mente; o estudo do continente e suas patologias; observação de bebê como método terapêutico; UTI neonatal e a extensão do método para outros contextos hospitalares e estudo transcultural de observação de bebê. A seguir, serão abordadas, mais detalhadamente, algumas pesquisas já realizadas no contexto da prematuridade, enfatizando seus avanços e descobertas.

### **1.1.2. Método Bick no contexto da Prematuridade**

A UTI neonatal e ambiente hospitalar é um dos grandes cinco focos de pesquisa com o método Bick de observação de bebês nos últimos anos (Rustin, 2006). No campo da prematuridade, já há estudos nacionais e internacionais utilizando este método, adaptado ao ambiente da UTI neonatal, considerando como objeto de pesquisa tanto as díades mãe-bebê quanto o próprio ambiente. Na revisão da literatura nacional, destaca-se o trabalho de Wirth (2000) e Amadeu e Hartmann (2005). Na revisão internacional, destacam-se os trabalhos pioneiros de Negri (1994), Druon (1997), Cohen (2003), Lazar et al.,(2006) e Mendelson (2005).

A observação de bebês prematuros em incubadora iniciou-se em 1982, e visava contemplar pesquisas acadêmicas e melhorar o cuidado com os bebês. Havia uma ideia '*a priori*' de que através da observação seria possível aprimorar o entendimento do estresse e das necessidades dos bebês prematuros. No entanto, após o início da observação, constatou-se que o contato próximo com bebês tão graves acarretava sentimentos fragmentados, tanto na observadora quanto na equipe. Mesmo com esse início inusitado, foi possível realizar um bom trabalho que proporcionou outro olhar tanto da equipe quanto dos pais dos bebês (Negri, 1994).

Em seu trabalho, Negri (1994) percebeu a necessidade de adaptar o método de observação descrito por Esther Bick. Uma das adaptações necessárias foi em relação à frequência das observações, pois visitas semanais são muito espaçadas quando se trata de bebês doentes, que mudam muito rapidamente com o passar dos dias. Desta forma, estabeleceu que as observações ocorressem em dias alternados durante a hospitalização do bebê, e, após a alta, as observações voltavam a ser semanais, como Bick havia proposto. Outros autores também fizeram esta adaptação, aumentando a frequência das observações, mesmo que não tenham estabelecido critérios mais rígidos para tal (Cohen, 2003; Druon, 1997, Noel, 1998).

Nestas circunstâncias, a observação de bebês possui um *setting* especializado e de alto risco, onde há sofrimentos tanto da parte do bebê quanto dos pais e equipe responsável (Rustin, 2006). A observação de bebês saudáveis já é descrita desde seus primórdios como uma experiência emocionalmente intensa, devido às vivências primitivas do bebê nos seus primeiros meses de vida. Sendo assim, percebe-se que no contexto da UTI neonatal essas dificuldades tendem a expressar-se com mais força, pois além da evidência do sofrimento intenso do bebê, é muito difícil presenciar os procedimentos invasivos a que eles são submetidos neste momento (Negri, 1994). Além disso, a observação de bebês a termo é caracterizada por uma sensação de prazer e de adoração em contemplar os primeiros passos do seu desenvolvimento, sentimento que não se faz presente no caso de bebês prematuros, pois o início da vida destes é muito abrupto e precoce (Lazar et al., 2006).

A angústia de morte e a possibilidade de que a vida possa não prevalecer têm 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 de pensar ou de manter uma atenção flutuante do observador. Neste sentido, o observador tende a defender-se destas angústias que o invadem, afastando-se do objeto de estudo, as emoções primitivas, e focando sua atenção racional em detalhes descritivos da situação do bebê. Neste contexto, achar a distância certa entre permitir ser invadido pelas angústias presentes e defender-se delas, é uma tarefa árdua e constante (Negri, 1994).

Cohen (2003) destaca dois diferentes vértices de observação destes bebês, um mais racional, prático e realístico, e outro mais irracional, imaginativo e baseado na fantasia. Embora estes dois tipos de visão possam estar presentes na mesma pessoa, em momentos diferentes, percebe-se que a equipe tende a ter mais predominantemente o primeiro vértice para que consiga realizar o seu trabalho com os bebês, enquanto os psicoterapeutas costumam ter mais frequentemente o segundo vértice.

Esta forma de a equipe perceber os bebês, de maneira automatizada e não humanizada, serve não somente para defender-se da enorme ansiedade ali presente, mas também para bloquear possíveis sentimentos quanto à dor necessária que ela inflige aos bebês quando realizam alguns procedimentos

(Negri, 1994; Noel, 1998). Embora este movimento muitas vezes seja necessário e compreensível por parte da equipe, há o risco de negligenciar este bebê como um ser humano com necessidades (Noel, 1998).

Wirth (2000) utilizou o método de observação mãe-bebê adaptado ao ambiente da UTI neonatal de um hospital, buscando entender o clima instalado neste local e as relações entre pais, bebês e equipe. Em seu trabalho, ressalta a importância do cuidado com a equipe que presta atenção a estes bebês e pais, pois frequentemente eles encontram-se vulneráveis, desprotegidos e sobrecarregados com excesso de emoções decorrentes de suas atividades profissionais diárias. Ressalta, também, que a aplicação do método nestes contextos deve ser abstraída de qualquer crítica, julgamento ou qualquer intenção prévia de encaixar o material visto em alguma teoria (Wirth, 2006).

Outro estudo de âmbito nacional foi o de Amadeu e Hartmann (2005), realizado em um hospital no nordeste do país, no qual, através da utilização deste método, foram observadas seis duplas mãe-bebê. Com esta pesquisa, concluíram que a permanência e a frequência da presença materna na UTI neonatal auxiliavam na melhora clínica do bebê prematuro. Destaca-se, no entanto, que este estudo intercalou o método Bick com outros métodos de observação, priorizando, também, dados estatísticos.

Algumas pesquisas apontam que uma das dificuldades encontradas pelos observadores de bebês em UTI é o sentimento de inadequação e sentimento de culpa de estar observando um bebê tão frágil e que, em termos cronológicos, não estaria pronto para ser visto (Noel, 1998), despertando sentimentos como uma intrusão persecutória sobre o organismo prematuro (Lazar et al., 2006). A sensação de violação é tão intensa que até mesmo a forma como as incubadoras estão localizadas permite que diferentes pessoas da equipe tenham acesso visual ao bebê e ao seu manejo (Noel, 1998).

Lazar et al. (2006) constataram que a observação de bebês prematuros distingue-se muito das que são feitas com bebês a termo, pois questões primitivas de como esse nascimento precoce interfere na habilidade de ser destes pequenos bebês tornam-se questões centrais para o grupo. Desta forma, nomearam sua experiência de 'proto-observação', pois não tendo referências do que seria esperado para aquele bebê, o desconhecido imperava no trabalho.

Relatam que enfrentaram desafios novos de não serem capazes de ver, de não serem capazes de enxergar quando lhes era possível ver, e quando lhes era

possível ver e enxergar, não serem capazes de recordar o que tinham visto. Com isso, acreditam que no contexto da prematuridade as coisas não estão em nossas mentes como imagens, nem como palavras. Para alcançar este nível, 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. Sendo assim, a observadora teve que recorrer ao recurso de tomar notas logo após a observação, buscando poder manter em sua memória experiências recém vividas e quase já esquecidas (Lazar et al., 2006).

Outras pesquisas com o método Bick apontam a dificuldade dos observadores de abrigarem em sua mente esta experiência cruel que o bebê está vivenciando (Mendelsohn, 2005; Negri, 1994; Warren, 2002). Warren (2002) descreve em seus achados que a mãe do bebê prematuro também costuma encontrar dificuldades em manter seu bebê real em sua mente, tal como estes observadores. E, além disso, a autora ainda sugere que à medida que a mãe consegue abrigar seu filho em sua mente há indícios de melhora clínica do bebê.

Baseado nas dificuldades que esse tipo de observação suscita no aparelho mental do observador, este se vê tendo que recorrer a níveis proto-mentais, 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 passíveis de ser 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 et al., 2006).

Druon (1997) questiona se este nível tão primitivo de comunicação não se daria através de excorporações (conceito do psicanalista André Green), ao invés de projeções. Green (1997) descreve que excorporações aconteceriam antes mesmo de o indivíduo ter a capacidade de usar o mecanismo de identificação projetiva (que já pressupõe a possibilidade de conteúdo-continente), sendo uma expulsão primitiva que visa projetar algo o mais longe possível, sem ainda ter um continente destino. Desta forma, exige-se da sensorialidade do observador ser este receptáculo que está disponível a captar estas excorporações, através de suas 'sensações-emoções' (Druon, 1997).

Uma das formas que Druon (1997) e sua equipe encontraram para tentar amenizar estas dificuldades de apreensão do material observado foi a prática de

anotações espontâneas dos sentimentos, sensações e pensamentos, ao longo da observação. Através desta prática, acreditam que se pode ter registros de como os bebês se sentem através das sensações do observador.

Neste contexto, o grupo de supervisão faz-se mais importante ainda, pois fornece uma estabilidade à instabilidade suscitada no *setting* de observação, funcionando como um útero acolhedor destas experiências emocionais (Lazar et al., 2006). Esta função de objeto continente externo que o grupo desempenha para o observador também pode ser visto como o papel que a equipe realiza em relação aos pais, funcionando como uma presença de fundo com efeito continente e unificador (Druon, 1997).

Cohen (2003) destaca outras questões importantes em relação ao ambiente da UTI neonatal, como a intensa proteção dos bebês em relação ao ambiente externo. Este controle (entrada controlada de pessoas, portas fechadas, alta preocupação com a higiene) fica responsável por separar o que é frágil e dentro do que é perigoso e fora, podendo ser visto como o útero que lhes faltou no final desta gestação.

O maior avanço que se teve nesta área, através da prática de observação de bebês, foi poder inserir uma atenção qualificada às experiências e fenômenos que ocorrem na UTI, atividade que é raramente realizada por parte da equipe hospitalar. Através deste olhar diferenciado, é possível acolher e dar certa continência para os familiares e para os bebês (Rustin, 2006). Cohen (2003) atribui como parte de sua tarefa mais importante na UTI a função de acolher o bebê em sua mente, auxiliar os pais a entrarem em contato com seus bebês, mesmo em meio a aparelhos e procedimentos invasivos, e suportar questões referentes às dificuldades da equipe.

### **Justificativa e Objetivos**

De acordo com o que foi exposto nesta revisão da literatura, é crescente a produção científica que se dedica a compreender as implicações emocionais geradas pela prematuridade, tanto em relação aos pais quanto aos bebês. Mas, como foi visto, muitos destes estudos utilizaram a descrição de comportamentos observáveis ou conteúdos acessados por entrevistas, deixando as comunicações primitivas e não-verbais fora do seu objeto de pesquisa.

Assim, recentemente, o método Bick tem sido empregado neste contexto da UTI neonatal, buscando acessar estes conteúdos não-verbais e inconscientes,

ainda pouco explorados (Cohen, 2003; Druon, 1997; Lazar et al., 2006; Mendelsohn, 2005; Negri, 1994; Noel, 1998). No entanto, percebe-se que a maioria deles ainda está vinculada a um enfoque clínico, tendo como objetivo a intervenção ou o aprimoramento na formação de psicoterapeutas. Nesse sentido, observa-se que os estudos que possuem uma preocupação com o desenvolvimento emocional destes bebês ainda são escassos, fazendo-se necessário que mais pesquisas sejam realizadas neste âmbito.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo contribuir para o avanço do conhecimento sobre as vivências emocionais primitivas na prematuridade, no ambiente da UTI neonatal.

## CAPÍTULO II

### MÉTODOS

#### 2.1. Participantes

Participaram deste estudo uma mãe primípara e seu filho nascido pré-termo. A mãe tinha 25 anos, residia com seu companheiro, pai do bebê, e havia realizado todas as consultas pré-natais durante a gestação. O parto prematuro decorreu de uma infecção no colo do útero materno, que evoluiu para um trabalho de parto normal. O bebê nasceu sem nenhuma má-formação congênita, com 24 semanas de gestação e 640 gramas, sendo considerado extremamente pré-termo e de extremo baixo peso (Rezende & Montenegro, 2008). Esta díade foi selecionada em um hospital da rede pública de Porto Alegre - RS, que já estava envolvido em um projeto maior, denominado “Prematuridade e Parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização” (Piccinini, Lopes, Esteves, Anton & Oliveira, 2009).

#### 2.2. Delineamento e Procedimento

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso único (Stake, 2005), de caráter longitudinal, que acompanhou o período de internação desta díade mãe-bebê pré-termo. Para Stake (2005), o estudo de caso único permite a compreensão sobre um fenômeno ou uma teoria. Além disso, como já foi assinalado por Lopes et al. (2007), o estudo de caso proveniente dos relatos de observação baseados no método Bick pode ser equiparado a estudos de casos psicanalíticos, sendo ambos considerados como uma excelente ferramenta de pesquisa.

A mãe foi convidada a participar da pesquisa através de uma intermediária, e, após ter aceito, a pesquisadora entrou em contato e solicitou que a mãe lesse e assinasse duas vias do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Neste momento, também foi conversado com a mãe sobre a duração da pesquisa, bem como a importância de o estudo ter um caráter longitudinal.

O presente estudo consiste de uma aplicação do método Bick (1964) ao contexto de UTI neonatal. Foram realizadas observações, com uma hora de duração, ao longo da internação do bebê, contando desde o seu nascimento. As



observações tiveram uma frequência de três vezes por semana, em dias alternados. Esta adaptação segue o modelo de um estudo realizado por Negri (1994), que utilizou este tipo de observação em uma UTI neonatal. A autora explica que esta adaptação no período de internação hospitalar é necessária, em virtude de o recém-nascido passar por mudanças desenvolvimentais muito rápidas que não seriam possíveis de serem adequadamente observadas caso se mantivesse a frequência semanal do modelo padrão. O método Bick possui três momentos complementares e distintos: observação, relato da observação e supervisão em grupo.

Após as observações, a autora relatava, de maneira livre e oral, a observação realizada, utilizando-se de um gravador. Diferente da proposta original de Bick (1964), que usa relatos escritos, acredita-se que o material provindo desta gravação pode apresentar benefícios tanto para a diminuição dos lapsos de memória do observador, quanto para a livre associação de ideias. A gravação foi posteriormente transcrita literalmente e levada para discussão no grupo de supervisão semanal. Além das gravações, também foi realizado o relato escrito, conforme o método padrão, para fins de futuras comparações.

Por fim, durante a realização das observações, a autora participou da supervisão de grupo que foi feita semanalmente e teve a função de discutir as observações e sentimentos despertados. Este grupo já se encontrava em andamento e era composto por quatro psicanalistas que realizavam observação de bebês pelo método padrão descrito por Bick (1964), e uma psicanalista coordenadora com experiência no método.

### **2.3. Instrumentos**

**Relato da Observação:** Imediatamente após cada observação, a observadora fez uma gravação em áudio, individualmente, na qual relatou, de maneira livre, a hora recém observada. Este procedimento difere do método Bick padrão em que, após cada visita, o observador deve fazer um relato escrito da observação. No presente estudo, buscando contemplar mais precisamente o material observado, a autora utilizou este recurso do relato oral e espontâneo. Desta maneira, acredita-se que o material provindo desta gravação pode apresentar benefícios tanto em relação à diminuição dos lapsos de memória do observador, quanto advindos da livre associação do seu discurso. Através deste recurso, também se esperava que o clima emocional da observação ainda estivesse vividamente presente na mente do

observador, facilitando o acesso a conteúdos que possivelmente teriam sofrido o efeito da repressão, caso relatados posteriormente. Esta gravação foi transcrita literalmente e levada para discussão no grupo de supervisão semanal.

**Relato da Supervisão da Observação:** O grupo de supervisão ocorreu concomitante às observações, e era composto por uma supervisora e psicanalista, com experiência no método Bick, e quatro psicanalistas que estavam realizando a observação de bebês seguindo o método padrão. O grupo acompanhou longitudinalmente cada bebê observado, discutindo cada caso de acordo com a demanda das observações. Todos os integrantes do grupo participavam da discussão, sendo que um dos integrantes se responsabilizava por relatar o que estava sendo considerado sobre o caso em questão. Além disso, para fins deste estudo, as supervisões foram gravadas em áudio, possibilitando ter mais fidedignamente o conteúdo da supervisão. Estes materiais também serviram como fonte de dados para investigar as vivências emocionais primitivas na prematuridade, de acordo com os objetivos do presente estudo.

#### **2.4. Considerações éticas sobre o estudo**

A participante do presente estudo foi informada sobre o procedimento e a duração da pesquisa, podendo desistir de sua participação em qualquer momento. Não se prevê que a mãe ou o bebê venham a sofrer qualquer tipo de prejuízo ou privação de benefícios por sua participação neste estudo. Na verdade, a literatura destaca que o método Bick de observação pode ser benéfico para a díade, pois embora não se proponha a ser uma intervenção, o observador estará acompanhando de perto a díade mãe-bebê (Wirth, 2000).

Em qualquer momento da pesquisa, caso fosse constatada a necessidade extrema de intervenção, seja por parte da mãe ou do bebê, estes seriam devidamente encaminhados para atendimento pela pesquisadora, de acordo com a demanda surgida. A privacidade e a confidencialidade dos dados foram asseguradas, e em nenhum momento da apresentação dos dados da pesquisa as participantes foram identificadas.

O presente projeto de pesquisa foi encaminhado, como um anexo de projeto maior, “Prematuridade e Parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização” (Piccinini et al., 2009), e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia (Anexo A).

A participante assinou duas cópias do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo B).

## **2.5. Análise dos dados**

Todo o material derivado do **Relato da observação** e do **Relato da supervisão da observação** foi examinado através de análise de conteúdo qualitativa, com vistas a investigar a relação mãe-bebê, ao longo do período de internação do bebê. Inicialmente, todo o material foi lido exhaustivamente. A partir desta leitura, foram selecionados trechos dos relatos das observações e supervisões, a fim de ilustrar aspectos importantes das vivências emocionais primitivas na prematuridade, no ambiente da UTI neonatal, durante o período de internação do bebê.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSSÃO

Através deste estudo de caso, buscou-se uma compreensão das vivências primitivas de um bebê que nasceu extremamente prematuro, no ambiente da UTI neonatal. Ao longo das observações, foi possível acompanhar, tendo as vivências da observadora como principal instrumento de captação dos conteúdos não-verbais, os avanços e recuos deste bebê. Partindo dos dados recém expostos, será feito uma discussão centrada em dois principais eixos: 1) *considerações sobre o desenvolvimento emocional primitivo* e 2) *considerações sobre o método e implicações para a prática clínica*.

#### **4.1. Eixo I – Considerações sobre o desenvolvimento emocional primitivo**

Analisando o material, destaca-se que uma das questões centrais que emergiu foi em relação à experiência de mutualidade (Winnicott, 1969/1994), sentida com vivacidade pela observadora. Através das intensas vivências emocionais, propiciada pelo método Bick, é que se discutirão algumas questões sobre o desenvolvimento emocional primitivo na prematuridade, ampliando, assim, o entendimento sobre o desenvolvimento do bebê neste contexto.

A experiência de mutualidade é, para Winnicott (1969/1994), o começo de uma comunicação entre duas pessoas, no caso mãe e bebê, que utilizam-se de uma interação pré-verbal, inconsciente, para comunicar-se. O autor enfatiza que esta é uma linguagem silenciosa, na qual os sentidos ficam aguçados, e se dá através do toque, dos sons, dos cheiros, num diálogo único. Através desta experiência, a mãe regride a ponto de conseguir se identificar com o bebê, podendo entender suas necessidades e, assim, agir de forma suficientemente boa nos cuidados com ele.

Através de inúmeros exemplos, anteriormente apresentados na seção de Resultados, foi possível identificar esta experiência de mutualidade através da observadora. Por intermédio de suas próprias sensações vitais como atenção, temperatura e ritmos, a observadora podia entrar em contato com o sofrimento e com a falta de contornos que o bebê estava vivenciando. Os exemplos ilustram claramente a intensidade com que estas comunicações se estabelecem, pois por não serem ainda simbólicas, acionavam a observadora de forma visceral, reafirmando a forma como os bebês se comunicam. Destaca-se que a vivacidade

com que estas sensações eram despertadas no corpo da observadora, que lutava para manter as funções básicas em funcionamento (pressão, temperatura, batimentos cardíacos...), indicavam a presença da luta deste bebê para manter-se ali, em busca da sua sobrevivência.

Em contrapartida, havia outros momentos em que o corpo da observadora, novamente identificado com o bebê, era palco para uma vivência de desistência e de ausência do bebê. Nestes momentos, a observadora deparava-se com a árdua tarefa de conectar-se com o bebê, e frente a esta impossibilidade, deparava-se com reações como sono intenso que caía sobre suas pálpebras, além da estafa corporal e dispersão. Juntamente com estas sensações da observadora, destaca-se que o bebê também mostrava dificuldade de comunicar-se com o ambiente, evidenciando uma grande força para abrir os olhos, por exemplo, entre uma e outra dose de sedativo, que era administrada a cada hora. Nestes momentos pode-se pensar que, através de uma identificação com esta quase ausência do bebê, devido ao efeito parcial da sedação, a observadora, por sua vez, encontrava dificuldade de ligar-se, ficando com sono e lutando contra este. Assim, destaca-se que é nessa experiência compartilhada entre observadora e bebê que se encontram as bases para a compreensão do que Winnicott descreve como mutualidade (1969/1994), pois através deste canal sensorial de comunicação, a observadora pôde captar um estado primitivo do bebê que comportamentalmente não seria passível de ser notado, pois seria relatado simplesmente como sono. Neste sentido, as sensações da observadora aqui tornam-se um radar para os estados primitivos deste bebê.

Lazar et al. (2006), através da observação de um bebê prematuro com o método Bick, também enfatizaram esta peculiaridade sobre as comunicações na UTI neonatal, destacando a necessidade de o observador ter que recorrer a níveis proto-mentais, disponibilizando seu corpo e órgãos como receptores de sensações extremamente primitivas. Isso porque destacam que este recurso somático primitivo seria uma das únicas maneiras de poder acessar estas vivências ainda não passíveis de serem recebidas em forma de imagens, palavras ou pensamentos.

Ainda que estas experiências de mutualidade possam ser mais profundamente descritas através das sensações da observadora, que descreve detalhadamente seus pensamentos e sentimentos ao longo das observações, estes movimentos também foram observados através do comportamento externo do ambiente, pois nos momentos em que o bebê não apresentava melhoras, por

exemplo, instalava-se um clima de desistência, uma dificuldade de vê-lo como um bebê e de se aproximar dele. Além disso, a relação mãe-bebê aqui apresentada também pode ilustrar este movimento de gradual ausência do bebê juntamente com o da mãe, que passava a ir à UTI em visitas mais espaçadas à medida que as dificuldades de evolução do bebê ficavam mais evidentes.

Em contrapartida, houve também momentos em que a presença efetiva do bebê e os indícios de que este anunciava progressos, clinicamente ou através de comunicações não-verbais, que a observadora passava a ter uma ampla gama de imaginações e sensações ricas, podendo divagar sobre o futuro deste bebê, brincar com os seus movimentos e até rir junto com ele frente a movimentos ainda desconhecidos. Muitas destas sensações também ocorriam em alguns momentos em que o bebê dormia, denotando vida em seu sono, ao contrário de outros momentos em que a observação tornava-se apática e sem vida, como nos momentos de desligamento e sedação já citados.

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 a função da *preocupação materna primária* descrita por Winnicott (1956/2000) (Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000). Por serem, ambas, funções relacionadas à função materna inicial, e, portanto, a uma fase muito primitiva e regressiva, é que se destaca novamente a dificuldade de sintonizar com elas. Estes são meios de comunicação próprios de determinados momentos regressivos, como a maternidade, os quais seriam impraticáveis pela equipe que precisa exercer uma função mais técnica junto ao bebê.

Destaca-se, então, que são estas possibilidades de encaixes e desencaixes, citadas anteriormente, que fazem com que múltiplas duplas (mãe-bebê, observadora-bebê, equipe-bebê, mãe-equipe...) se formem e se mantenham de uma forma suficientemente contínua que possa ajudar o bebê a sustentar o seu desenvolvimento. No entanto, ao longo das observações foi possível ver que estas conexões entre bebê e mãe/ambiente eram mais escassas do que as desconexões, fazendo com que esta dupla não achasse uma sincronia que auxiliasse na recuperação do bebê. Este cenário tornava o bebê mais vulnerável às intrusões do ambiente, dificultando ainda mais sua recuperação. Winnicott (1988a) destaca em sua obra que “*a morte, para um bebê nos estágios iniciais, significa algo bem*

*definido, ou seja, a perda do ser em razão de uma reação prolongada contra a intrusão ambiental (o fracasso total da adaptação suficientemente boa)*” (Winnicott, 1988a, p.156). Neste sentido, entende-se que a intrusão do ambiente foi tão intensa, seja em função das debilidades do corpo do bebê quanto pelas próprias falhas inerentes ao ambiente, que este não teve outro caminho senão o óbito.

Estes movimentos que geram conexões e desconexões são o resultado de um conjunto de identificações cruzadas que Winnicott (1969/1994) já enfatizava serem a base da comunicação mãe-bebê. No entanto, na UTI neonatal, este jogo de identificações é ampliado para além da dupla mãe-bebê, pois há diversos médicos, enfermeiras e outros profissionais lidando com a sobrevivência e manutenção do bebê que também se envolvem neste processo. Com isso, torna-se importante ampliar a noção do ambiente puerperal desta díade, incluindo as rotinas da UTI, bem como os outros bebês ali presentes, cheiros, barulhos alarmantes caóticos, procedimentos invasivos e outras inconstâncias deste ambiente.

Nesta dupla bebê e ambiente, e na constante comunicação e influência que um tem sobre o outro, percebe-se que quando o desenvolvimento está recuando, a tendência é que o ambiente também responda negativamente, e assim, como num efeito de bola de neve, as coisas tendam a se agravar. Neste material, por exemplo, este movimento pôde ser observado tanto pela equipe quanto pela mãe, que gradualmente foram evidenciando seus sentimentos de desistência. Por parte da mãe, notava-se uma ausência cada vez mais frequente, ao longo das observações, que por fim, foi marcada pelo batismo do menino, evento que delimitou a sua total retirada da UTI neonatal. Por parte da equipe, o que ficou mais evidente foi a perda gradual da percepção do bebê como um bebê. A perda da percepção da condição de ser bebê já foi descrita por Noel (1998), que através do seu trabalho na UTI percebeu o quanto este ambiente propiciava que as pessoas, através da cisão necessária entre emocional e técnico, deixassem de perceber a subjetividade do bebê, encarando o manejo como mais uma tarefa corriqueira.

Este cenário de desistência por parte dos cuidadores propicia maiores desencontros com estes bebês, pois mesmo frente ao quadro clínico não favorável, o bebê também demonstrava momentos em que fazia movimentos comunicativos na tentativa de ligar-se ao ambiente. No entanto, frente a tamanha frustração em

relação a sua situação clínica, o ambiente passa a ficar cada vez menos atento a estes mínimos movimentos do bebê em direção a ligar-se ao outro e à possibilidade de viver. O bebê, por sua vez, também não achando um receptor disponível para identificar suas necessidades, tende a ir entregando-se a este clima de desistência, e assim sucessivamente. Esta vivência pode ser traduzida através das experiências de comunicação que a observadora estabeleceu com o bebê (através de olhares e movimentos corporais), mesmo nos últimos dias de sua vida, em que as próprias observações já eram inundadas com incapacidades graves do bebê e do seu corpo. Após inúmeras tentativas de ligar-se, a observadora desconectava-se do bebê, sentindo-se pessimista quanto à possibilidade de uma comunicação. E, nestes momentos, por vezes era surpreendida com o olhar do bebê. Assim, fica evidente que os bebês estão ali para comunicar-se. No entanto, é necessário ter alguém que esteja disponível a receber estas comunicações.

O fluxo de comunicações que evidenciava que os desencontros entre bebê e ambiente estavam mais presentes do que as possibilidades de encontro nos comunica que, de fato, as chances de sobrevivência deste bebê eram baixas. Neste sentido, pode-se pensar que a mãe, conectada com o estado do seu bebê, pôde sentir e ir se distanciando à medida que ele também ia se distanciando da chance de sobreviver. Abre-se a possibilidade de entender que, ao invés de a ausência da mãe estar representando um descaso ou um estado de desligamento por negligência, como muitas vezes era encarado pela equipe, aqui podemos compreender a ligação desta mãe com este bebê. Atitudes das mães como estas, que podem ser interpretadas erroneamente como comportamentos de mães ‘más’, são frequentemente assunto na UTI neonatal e, por isso, serão discutidas a seguir.

Como já descrito, estes movimentos do bebê na relação com o ambiente são o resultado de uma comunicação silenciosa que ocorre entre o bebê e seu cuidador. No entanto, cabe ressaltar que, aqui, neste ambiente da UTI, o bebê depara-se com diversos cuidadores, tendo eles diferentes toques, cheiros, jeitos, temperaturas e ritmos. Inclusive, neste hospital em particular, há uma regra na qual uma enfermeira não permanece aos cuidados de um mesmo bebê por muito tempo para evitar que se forme um vínculo forte que possa prejudicar o seu trabalho. Winnicott (1967/1999) já destacava a importância de o bebê ter um cuidador contínuo que o conhecesse e que lhe proporcionasse um ritmo constante e conhecido de cuidados, através do *holding*. Destacava, também, que esta é uma fase específica do desenvolvimento na qual o lactante ainda não possui a fala



como meio de comunicação e, por isso, depende do cuidado materno e da empatia da mãe para a compreensão de suas necessidades (Winnicott, 1960/1983).

Este aprendizado entre mãe e bebê ocorre de forma gradual, através de sucessivas vivências de uma única dupla que vai aprendendo a se comunicar. Mendes e Bonilha (2003) destacam que sem um estado de confiabilidade, gerado por este cuidado contínuo, não é possível que haja esta comunicação silenciosa de forma satisfatória, deixando, assim, o bebê desprovido deste encaixe com o ambiente. Como estabelecer uma comunicação silenciosa e eficaz com tantas pessoas diferentes manejando o bebê? Pensa-se que talvez se o bebê e a mãe pudessem ter um cuidado mais contínuo por um único membro da equipe que se responsabilizasse pelos manejos da dupla, talvez esta díade pudesse familiarizar-se com um ritmo comum, facilitando o desenvolvimento satisfatório do bebê. Negri (1994) também notou a importância de adequar os manejos destes bebês ao seu nível de desenvolvimento de habilidades sensoriais, pois percebeu que o excesso de manejos pode gerar interrupção no ritmo do sono e desaturação do oxigênio.

Embora esta possa ser uma sugestão fácil e que notoriamente melhoraria a qualidade das vivências iniciais destes bebês e destas mães, remetemo-nos novamente a Winnicott (1969/1994), que nos advertiu desde cedo que em terrenos arenosos como estes nem sempre o lógico e prático prevalecem, pois somos constantemente remetidos às nossas próprias vivências. Partindo deste viés, sugiro que exploremos um pouco mais as vivências corporais e emocionais da observadora, buscando aprofundar o conhecimento do porquê é tão difícil de nos abirmos para uma experiência compartilhada com estes bebês, nestas condições.

A condição inicial física deste bebê, que nasceu com 640 gramas e com 24 semanas de gestação, nos indica o quanto ele ainda se mostrava incompleto para vivenciar o que o ambiente estava lhe apresentando. Esta situação fica bem ilustrada no momento em que o bebê nasce e tem que ser limpo por um álcool iodado para defendê-lo das bactérias e fungos inerentes ao ambiente. Na situação observada, ao invés de o álcool agir como uma proteção à pele do bebê, este foi sentido como algo tão agressivo que corroe parte da sua pele, deixando queimaduras expostas. Desta forma, foi possível identificar que o bebê mostrava-se em tamanho sofrimento que todas as ações médicas de cuidados eram sentidas como invasões que seu corpo não podia conter. Além disso, sua condição corporal não permitiu que ele estivesse pronto para o estabelecimento de um contato

contínuo mínimo, pois mesmo quando a mãe estava presente não havia condições que mantivessem este ritmo comum por muito tempo.

Druon (1997) destaca que para que o bebê prematuro tivesse uma troca satisfatória com o meio (mãe) ele precisaria alcançar uma consensualidade corporal, que ela identifica ser atingida em torno de 2500 gramas. Embora este seja um número de referência, podendo variar um pouco, destaca-se que este bebê, nascido com 640 gramas, com certeza estava longe de adquirir esta condição para o contato com o outro, evidenciando ainda mais como este ambiente, mesmo em momentos que se apresentava inofensivo, adquiria um caráter intrusivo. Estas impossibilidades de contato contínuo podem ser descritas em algumas partes das observações, nas quais até o toque materno ou a sua chegada repentina era sentida pelo bebê como algo intenso que provocava a sua instabilidade.

Anzieu (1989) descreve a importância da pele no desenvolvimento, pois entende que ela fornece ao aparelho psíquico as representações constitutivas do eu e de suas principais funções. Bick (1967/1981) também descreve a pele como uma metáfora de continente para as funções psíquicas do eu, que inicialmente é não integrado e indiscriminado. Embora os autores estejam falando de estágios mais adiantados do desenvolvimento, nas quais se espera que o bebê, no mínimo, tenha alcançado esta consensualidade descrita por Druon (1997), pode-se utilizar estas ideias para compreender o quão desprotegido e sem ferramentas este bebê veio ao mundo. Assim como veio sem sua pele física para protegê-lo de bactérias e 'álcool iodado', seu psiquismo é imaturo, dificultando a recepção de cuidados que o ambiente podia lhe proporcionar sem que este fosse sentido como uma intrusão.

Boyer e Sorenson (1999), que trabalharam com a observação de bebês em UTI neonatal, destacaram que a capacidade materna de continência, responsável por iniciar os limites fundantes do aparelho psíquico do bebê, pode ficar prejudicada frente a esta vivência da UTI em que vida e morte estão muito próximos. Com esta função lesada, o bebê é privado da construção do que Bick (1967/1981) destacou como sendo uma pele psíquica, o que gera uma vivência de caos ainda maior. Além da ausência destes limites e desta mente que auxiliaria o bebê a separar o bom do ruim, as vivências de satisfação e de dor também estão tão entrelaçadas que prejudicam a cisão essencial entre bom e ruim, tornando impossível introjetar um objeto continente (Boyer & Sorenson, 1999). Assim, os autores acrescentaram algo fundamental para a compreensão destes estados primitivos na prematuridade, pois através de sua experiência com o método Bick

puderam descrever o quanto estas experiências iniciais de dor e prazer se tornam misturadas, impossibilitando, assim, que o bebê acumule experiências positivas. Assim, podemos compreender os momentos em que a mãe pode também ser sentida como algo extremamente intrusivo, mesmo estando ali para desencadear uma excitação frente ao reencontro com aquele calor, ritmo e cheiro conhecido. Com isso, ao invés de colecionar estas experiências gratificadoras e que promovem a sensação de continuidade, estas servem para aumentar uma instabilidade do bebê, que ainda não tem um aparelho para conter este tipo de vivência.

Nestes estágios iniciais, em que há vivências de angústias de cunho muito forte, o bebê, sem um ego autônomo, utiliza-se do ego auxiliar da mãe e de sua função suficientemente boa, para sentir-se amparado. É através desta experiência que se inicia a formação de um ego rudimentar do bebê (Winnicott, 1988b). No entanto, no contexto da prematuridade, muitas vezes a mãe também não consegue proporcionar este ego auxiliar para o bebê, pois ela mesma é tomada por estas angústias de prazer e dor que se misturam (Boyer & Sorenson, 1999).

Esta confusão também ficava presente na observadora, pois como pôde ser visto em diversos momentos, a experiência de contato com este bebê debilitado gerava uma confusão entre os limites do interno e externo, entre sensações corporais e emocionais, resultando em um forte estado de caos por parte da observadora. Desta forma, ficam ilustradas as vivências de caos sentidas pelo bebê. Estas vivências, proporcionadas por uma intensa identificação com as sensações do bebê, fazem com que o contato com esse ser tão primitivo e ainda não integrado nos remeta às nossas vivências terríficas de não integração. O contato com os bebês prematuros fazem com que cada ser humano acione as suas próprias vivências primitivas impressas em seu corpo, remetendo ao seu próprio início como bebês. Assim, torna-se mais difícil o contato vivaz com estes bebês, pois nos remetem à nossa própria vulnerabilidade e dependência absoluta do ambiente.

Além do estágio de dependência absoluta a que somos arremessados, o bebê observado comunica algo ainda mais primitivo do desenvolvimento humano, pois o seu corpo ainda não estava pronto para abrigar a constituição de uma psique, nasceu incompleto, com buracos em sua pele. Este corpo que não consegue manter o equilíbrio ao tentar abrigar partes destas vivências que ocorrem entre seu corpo e seus cuidadores, fica muito bem exemplificados através destas

vivências de falta de contornos que a observadora sente na sua pele. Embora este seja um estudo de caso, e exemplifique as vivências deste bebê específico, destaca-se que o encontro com este primitivo sempre é turbulento e inesperado, pois nunca se sabe com o que vamos nos deparar emocionalmente. A própria observadora por vezes sentia-se ansiosa ao ir para a observação, pois não sabia o que iria vivenciar.

Outros estudos que utilizaram o método Bick no contexto da UTI neonatal já chegaram a conclusão parecida em relação a esta falta de contornos. Negri (1994), ao longo de seu trabalho, destacou que sentimentos fragmentados eram frequentemente sentidos pela observadora, além de serem percebidos na equipe. Lazar et al. (2006) também se referiram à dificuldade que o observador encontrava de construir em sua memória o que foi observado, através de relatos coerentes, evidenciando tamanha fragmentação do material. A isso, os autores atribuem uma falta de simbolização destes conteúdos, fazendo com que o observador tivesse a árdua tarefa de unir pedaços aparentemente arbitrários de experiência, pequenos fragmentos de memória, para que isso resultasse em algo mais elaborado e, então, pudesse ser recordado.

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. Por parte do bebê, este chegou ao mundo precocemente, e impossibilitado de concluir o seu desenvolvimento de forma segura e tranquila no ambiente intra-útero. Seu corpo ainda incompleto mostrava poucos recursos para lidar com as simples tarefas básicas para a sobrevivência como respirar, defecar, manter a temperatura e ter um nível mínimo de anticorpos que pudesse auxiliá-lo a proteger-se de intrusões comuns provindas do ambiente.

Os bebês prematuros ficam em desvantagem desde a experiência de parto que é notoriamente conhecida como um acontecimento intrusivo, mesmo para os bebês a termo, já devidamente equipados para lidar com ela. Entretanto, este bebê mais vulnerável a intrusões depara-se com um ambiente que também se mostra potencialmente mais intrusivo do que o comum. Aqui, como já descrito neste trabalho, estão presentes inúmeros procedimentos como agulhas, antibióticos, e ritmos distintos de cuidadores diferentes que provocam estímulos sensoriais extremamente desordenados e, portanto, desorganizadores para estes bebês.

Em relação a estas vivências corporais do bebê, destaca-se a importância da relação entre a psique e o soma, pois é partir de ambos e de um arranjo

operacional satisfatório dos mesmos que será possível alcançar a integração. 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 no soma pode ser prejudicada (Winnicott, 1970/1994). O bebê prematuro é pouco capacitado para viver experiências de troca, pois demonstram menos capacidades 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 (Winnicott, 1988a).

O potencial intrusivo da UTI neonatal já foi descrito por outros autores. Lazar et al. (2006) evidenciam sentimentos contratransferenciais de invasão por parte do observador, ao observar estes bebês, que, segundo eles, ainda deveriam estar em um ambiente intra-uterino, protegidos de olhares externos. Noel (1998) acrescenta a falta de cuidados frente à entrada de pessoas nas salas da UTI, considerando uma invasão aos bebês o excesso de pessoas circulando indiscriminadamente pela UTI neonatal.

A sensação de não integração tornou-se muito presente, pois foram poucos os momentos em que o bebê pôde desfrutar de uma troca contínua com o ambiente que lhe proporcionasse uma sensação de maior integridade. Sua impossibilidade de manter-se conectado por muito tempo, por falta de um corpo para conter tamanha intensidade provinda do contato com o outro, favorecia o afastamento das pessoas que o cercavam, principalmente o da mãe. A retroalimentação usualmente presente na relação mãe-bebê aqui não foi possível de ser realizada, e, assim, mãe e bebê foram se distanciando um do outro mutuamente. Negri (1994) já destacara a dificuldade de comunicar-se com estes bebês quando estes se mostravam sem respostas aos estímulos, fazendo com que isso interferisse na capacidade de pensar e na atenção flutuante do observador. Desta forma, esta impossibilidade mútua para o estabelecimento de uma comunicação suficientemente contínua com o ambiente contribuiu, neste bebê, para um movimento contrário à tendência natural à integração.

Neste cenário, a função da equipe passa a ser, com auxílio da tecnologia, tentar dar contornos a estas grandes faltas vividas pelo bebê. No entanto, esta jornada é marcada por situações inesperadas e que alarmam constantemente o risco de morte dos bebês ali presentes. Frente a este contexto, Cohen (2003) destaca que há dois vértices a partir dos quais estes bebês podem ser observados, um mais realístico e técnico e o outro mais emocional e irracional. Baseado nesta

ideia, entende-se que para a equipe poder executar sua árdua tarefa de manusear bebês tão pequenos e indefesos, frequentemente provocando dor e incômodo a eles, é necessário manter-se conectado com este vértice mais realístico. No entanto, desta forma, afastam-se do bebê que precisa daqueles procedimentos para sua sobrevivência, mas que também já precisa de uma constância e um olhar diferenciado junto ao seu toque. Destaca-se aqui, novamente, que Freud (1905/1996), desde o início da psicanálise, já destacava como o psíquico é apoiado nos cuidados físicos proporcionados pela mãe. Sendo assim, é fundamental que estes procedimentos que invadem o físico destes bebês sejam acompanhados minimamente por um olhar subjetivo.

Esta cisão aparece de outras formas também neste contexto da UTI, pois aspectos de vida e morte concorrem acirradamente a todo o momento, podendo também gerar estas vivências de confusões nas quais perdemos os contornos. Desta forma, nós, adultos e a princípio já capacitados para defender-nos de aspectos aversivos a nosso funcionamento, tendemos a cindir estas vivências, a fim de tolerá-las. Com isso, destaca-se que eu e a mãe do bebê funcionávamos, por vezes, como uma gangorra, quando ela entrava em contato com um otimismo em relação ao seu bebê, conectando com a sua vontade de viver e de ligar-se, eu, em contrapartida, ficava com o pesar da falência de seus órgãos e de suas inabilidades de viver. Em outros momentos, a cena se invertia e a mãe passava a ficar com a parte mortífera do seu bebê, enquanto eu mostrava-me otimista. Destaca-se novamente o que Boyer e Sorenson (1999) enfatizaram sobre a importância da cisão neste contexto, e a dificuldade de atingi-la no ambiente da UTI neonatal, devido à mistura intensa entre vida e morte.

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. No entanto, destaca-se que este terceiro tenha que ser alguém que consiga empatizar com o sofrimento da mãe e/ou do bebê, pois ajuda a circular estes conteúdos primitivos dos quais nos defendemos tanto. Nestes momentos nos quais a mãe pôde compartilhar com um terceiro, seja comigo ou com o pai, quando este vinha até a UTI, esta conseguiu permanecer por mais tempo conectada com o seu bebê, e ele com ela. Caso contrário, o contato com este bebê tornava-se insustentável, tanto

por parte do bebê quanto por parte da mãe, pois ambos perdiam os seus contornos e o contato se tornava potencialmente intrusivo.

Por isso, muitas vezes, trabalhar com estes bebês faz com que se perca parte de nossa sensibilidade, porque em parte temos que defender os nossos próprios contornos. Eu, por vezes, pude experienciar esta perda de contornos. Mesmo estando eu na situação 'privilegiada' de aprender com a experiência, percebe-se que mesmo assim há percepções cindidas do ambiente que nos engolfa e faz com que percamos parte de nossa percepção qualificada. Me refiro a situações nas quais, eu, identificada com a equipe e, poderia dizer que mais acostumada com o ambiente, 'negligencio' estímulos importantes, como bebês chorando intensamente e alarmes de monitores disparando. A este movimento, podemos também nos remeter ao mecanismo de habituação que Brazelton e Cramer (1992) descrevem como sendo uma das competências que os bebês trazem com eles. Este mecanismo faz com que o bebê filtre alguns estímulos, possibilitando, assim, focar em determinados estímulos e explorá-los melhor. Desta forma, aqui, a observadora identificada com a equipe e, por vezes, com o bebê precisa apagar alguns estímulos, buscando focar em outros. Negri (1994) já havia destacado que o observador pode defender-se destas angústias que o invadem, afastando-se do objeto de estudo (as emoções primitivas), e focando na sua atenção racional. Neste contexto, a autora destaca que é um desafio achar a distância certa entre permitir ser invadido pelas angústias presentes e defender-se delas

Neste contexto é impossível não pensarmos na ação do mecanismo de defesa da negação que está presente nestes momentos. Fenichel (2005) lembra que a tendência a negar sensações dolorosas é muito antiga e, que, embora este seja um movimento mais presente na infância, todos os neuróticos adultos seguem utilizando tal mecanismo quando frente a uma realidade desagradável. Sendo assim, destaca-se que a negação, muitas vezes, está a serviço de um bom funcionamento do ego quando há uma percepção de algo que poderia quebrar o funcionamento egóico do sujeito, sendo, assim, uma proteção. Em certo nível é um mecanismo que pode ser considerado saudável, pois tomando o presente contexto como exemplo, permite que a equipe mantenha-se controlada frente às inúmeras situações de emergência, permitindo que aja com rapidez e precisão. No entanto, há uma linha tênue entre a negação a serviço de uma proteção do ego, e uma negação tão intensa que acarreta uma negligência das percepções sobre a

subjetividade deste bebê. Tamanha necessidade de negação já fez com que médicos achassem que os bebês não sentiam dor durante nos procedimentos, o que, atualmente, já sabemos que não é verdadeiro. No entanto, isso serve de exemplo como ainda seguimos negando muitas outras coisas sobre a vida destes pequenos seres.

Aqui, este bebê, como já foi visto, transmitia comunicações tão mortíferas e de não integração que o contato com estas poderiam sobrecarregar a equipe. Neste cenário, destaca-se que a tendência a negar estes conteúdos primitivos torna-se mais intensa. Esta negação foi, por alguns momentos, encenada no próprio psiquismo da observadora que, identificada com esta impossibilidade de conectar-se com a cruel verdade de que o bebê não estava evoluindo, mostrava-se positiva e conectada com uma parte do bebê que buscava a vida. Esta foi uma percepção cuja incongruência somente em um momento posterior do trabalho da observação e do relato foi possível ser compreendida. Apareceu nas entrelinhas do relato, e somente no momento em que a observadora leu o relato para o grupo pôde perceber conscientemente a dificuldade pela qual aquele bebê estava passando, e, que, no momento da observação, não pôde ser percebida conscientemente. Neste momento, demasiadamente identificada com o bebê e a mãe, a própria observadora perde o equilíbrio de sua percepção, fazendo-se presente a importância de um terceiro para conter as angústias suscitadas na observadora, o grupo de supervisão. Sandri (1997) considerava o grupo uma terceira peça no quebra-cabeça observador-mãe/bebê, que atua com sua função continente, oferecendo abrigo para as angústias primitivas despertadas e podendo transformar o impacto emocional em um trabalho de elaboração psíquica.

Outros autores destacaram a dificuldade de manter a percepção preservada nestes contextos. Lazar et al. (2006) enfatizaram a dificuldade de lembrar as observações recém realizadas e de não conseguir enxergar na totalidade suas vivências. Além disso, Mendelsohn (2005), Negri (1994) e Warren (2002) também apontaram a dificuldade dos observadores, bem como das mães, de abrigarem em sua mente esta experiência cruel a que o bebê é submetido. No entanto, estas alterações ocorrem, pois somos humanos e não máquinas, e segundo Winnicott (1969/1994), é justamente isso que nos habilita a interagir com os outros e, assim, a ser suficientemente sutil para captar estas comunicações dos bebês, podendo ir ao encontro de suas necessidades. Mas, ao estarmos abertos a estas experiências, neste ambiente onde os limites se borram, como já discutido



aqui, esta abertura nos remete a uma vulnerabilidade intensa e a nosso próprio primitivismo.

Assim, podemos compreender o quanto o contato com estes bebês pode ser tão impactante a ponto de perdermos os contornos das nossas próprias percepções, fazendo com o que seja sentido ou percebido não esteja, muitas vezes, de acordo com a realidade. Além da experiência da própria observadora, houve momentos em que a equipe também precisava verbalizar que acreditava em sua recuperação ou mostrar empatia pelo seu estado. No entanto, nos momentos em que esta vontade não era despertada por uma resposta genuína a comunicações de vida e sim a uma negação em relação ao estado do bebê, abria-se espaço para surgir os inúmeros *gaps* entre o cuidado fornecido pela equipe e o que o bebê conseguia receber desta. Refiro-me a situações em que os profissionais se dirigiam ao bebê, olhando-o e tentando empatizar com ele, mas, por exemplo, erravam seu nome, seu sexo e até seu estado clínico, evidenciando grande distanciamento emocional.

Neste sentido, destaco outra questão importante, que é o quanto esta alteração na nossa percepção faz com que este se torne um cenário tenso onde a espontaneidade torna-se também perigosa. Aqui destaco momentos nos quais a observadora mostrava medo intenso de poder pensar livremente sobre a morte deste bebê, por exemplo, pois pensamento e realidade aqui se aproximavam muito. O medo de o bebê morrer, frequentemente sentido pelas mães, aqui se tornava insuportável, pois sua fantasia podia se tornar realidade a qualquer momento. Desta forma, desencadeava-se um mecanismo onipotente por parte da observadora, em que a sensação de poder pensar na morte poderia desencadear tal evento. Este mecanismo de onipotência é frequentemente vivenciado pelas mães junto a seus bebês, que possuem fantasias de dar ou não a vida a eles, e, por ser de suma importância, será discutido mais profundamente, a seguir.

Por serem muitas vezes impensáveis, as fantasias de morte, principalmente em relação a um bebê inofensivo que se encontrava em um estágio de dependência absoluta do ambiente, são frequentemente veladas. Assim, ocorrem situações nas quais estas percepções não podem ser sentidas conscientemente, mas como parte do ambiente são incorporadas, e, de alguma maneira, podem ser atuadas pelos cuidadores. Freud (1901/1996) já enfatizava o quanto o inconsciente se manifesta na vida cotidiana através de atos falhos, chistes e esquecimentos. Neste ambiente, onde a presença dos bebês e o cuidado com eles provocam manifestações primitivas em cada um é comum que possamos presenciar estes

esquecimentos e atos falhos. Ao longo desta discussão foram comentadas, algumas vezes, as falhas do ambiente, e novamente enfatiza-se que a falha não é da UTI neonatal, do hospital em questão, e muito menos dos profissionais que ali trabalham, mas sim do ambiente que cercava este determinado bebê. O ambiente aqui representado por algumas pessoas da equipe, mas que com outros bebês com certeza estabelecem relações e proporcionam ambientes diferentes. Desta forma, retornamos novamente a uma experiência de mutualidade falada no início desta discussão, destacando que o ambiente, seja ele representando pela mãe ou pela equipe, e o bebê fazem uma dupla que se influenciam mutuamente.

Assim, a não integração do bebê e o risco real de morte, acionavam mecanismos de defesas intensos na equipe, deixando o ambiente mais propício para tropeços e maior intrusividade durante os procedimentos com o bebê. Ao destacar estas características do manejo, entramos novamente em um terreno difícil, pois deparamo-nos com falhas inerentes ao ambiente que tendem a ser misturadas com julgamentos morais em relação à equipe.

Caron, Matte, Cardoso, Lopes e Dancin (2000) retratam a dificuldade moral que a sociedade tem em aceitar a agressividade contida em cada um de nós, cotidianamente projetando em grandes tragédias a presença da agressividade. Com isso, destacam que na relação mãe-bebê estas agressividades costumam ser ainda mais veladas e difíceis de serem aceitas como existentes e como parte de uma relação normal entre sujeitos. Winnicott (1950/2000), quando estudou a agressividade, associou sua existência a uma forma da expressão primitiva do amor. Neste sentido, falar sobre ódio dentro da relação de amor entre mãe e bebê torna-se fundamental. Desta forma, destaca-se que, baseados nestas características da relação materna, falar sobre falhas maternas/ambientais também pode ser mal interpretado como uma falha pessoal, e não algo da dupla e inerente ao relacionamento a dois.

A própria cultura já encontra formas de expressar a existência de fantasias agressivas contidas na relação materna. Há muitos mitos gregos, enredos literários e até mesmo histórias verdadeiras que envolvem o estado psicótico materno para ilustrar impulsos destrutivos em relação aos filhos. Winnicott (1950/2000) descreve que há muitos motivos para que uma mãe odeie o seu filho, pois este interfere na sua vida privada, invade seu corpo durante a gestação e machuca-o com o parto e com a amamentação, a trata como uma escrava, não é igual aos seus sonhos infantis e mágicos, etc. No entanto, este ódio costuma ser tolerado pela

mãe sem que este seja derramado e atuado sobre o bebê (exceto nos casos de psicose). Portanto, desde cedo destaca-se uma ambivalência na maternidade, em que a mãe em parte ama o seu bebê e doa-se a ele com todo o seu corpo e mente, mas parte o odeia, pois o considera um parasita que a consome intensamente.

Neste campo, Rascovsky (1970) estudou sobre o filicídio, enfatizando que esta é uma temática muito antiga na história da civilização e que costuma ser velada e ocultada. No entanto, enfatiza que as ações destrutivas totais ou parciais dos pais em relação aos filhos são universais, não necessariamente falando das tragédias que envolvem o assassinato de fato. Dentre as agressividades, inclui punições mentais ou corporais, desprezo, mutilação e, em casos extremos, o assassinato. A estes impulsos, atribui uma base em uma fase muito inicial da relação mãe-bebê, onde o bebê canibalisticamente morde o seio da mãe e consome seu leite.

Rascovsky (1970) foi citado, na busca de ampliar a compressão sobre uma das fantasias que emergiu do material do caso, que se refere à fantasia de assassinato dos bebês dentro do contexto da UTI neonatal. Como já foi visto, estes bebês estão constantemente emitindo mensagens não-verbais que, de alguma forma, são captadas pelo ambiente. Desta forma, quando estão evoluindo, despertam sentimentos de desejo pela vida e de luta por parte da equipe, ao passo que quando não estão, despertam sentimentos agressivos e, muitas vezes, impensáveis, de morte. Entre estes pensamentos impensáveis, está o desejo que este bebê não sobreviva, pois assim deixará de gerar todo este mal-estar que está ocasionando ao ambiente. Estes movimentos eram vistos constantemente através dos ‘esquecimentos’ ou atuações por parte dos cuidadores que, por exemplo, calavam o monitor quando este disparava o alarme, deixavam a portinha da incubadora aberta com o ar condicionado ligado, demoravam a conectar os tubos do ar no bebê, deixando-o sem ar, entre inúmeras outras ocorrências. Estas condutas geravam um sentimento de ansiedade por parte da observadora que, identificada com o bebê, sofria por perceber a vulnerabilidade daquele bebê e o quanto pequenas falhas poderiam contribuir para que ele seguisse piorando em seu estado clínico.

No entanto, destaca-se que no ambiente da UTI neonatal em que a morte é um evento muito próximo dos bebês, principalmente no caso de um bebê extremamente prematuro, como o observado neste estudo, pensar sobre a morte e sentir ódio pelo seu bebê torna-se perigoso. Como imaginar ou até desejar a morte

(temporariamente) do seu bebê quando esta pode ser uma realidade próxima e não somente uma fantasia? Esta dificuldade de pensar ocorria na observadora que se mostrava, por vezes, com dificuldade de refletir sobre as sérias dificuldades clínicas do bebê, pensando onipotentemente que, se desistisse ou pensasse sobre a sua morte, esta poderia ocorrer. Pensamentos quanto ao desejo de que ele não seguisse vivenciando aquelas atrocidades e, assim, morresse, também eram igualmente difíceis de serem metabolizados. No entanto, a possibilidade de a observadora pensar as angústias de morte a partir de uma posição privilegiada de estar somente 1 hora por dia, 3 vezes por semana, acompanhando e dedicando-se à compreensão dos estados afetivos deste bebê, facilitava a não atuação de nenhuma destas fantasias. Em contrapartida, para a equipe que trabalhava ali com diversos bebês, durante 6 horas por dia, e tendo que manipular fisicamente estes bebês frágeis, torna-se mais difícil de pensar sobre estes assuntos. Por um lado, entende-se esta dificuldade, mas por outro, destaca-se que a impossibilidade de perceber conscientemente aspectos agressivos como estes aumenta a probabilidade de estes serem atuados em relação aos bebês.

Frente a estas reações que os bebês desencadeiam nas pessoas que lidam com eles (incluindo mães e outros cuidadores) na UTI neonatal, percebe-se que as mães, mais distantes do manejo físico dos bebês, exercem um papel fundamental de zelar pela proteção do bebê contra estes excessos de descarga por parte de outros cuidadores. Esta função torna-se vital para o bebê, pois na medida em que tem alguém zelando pelo bebê, neste caso muitas vezes representado pelo olhar da observadora, há uma maior inibição destas atuações. A presença da mãe ou de alguém que zela por este bebê é responsável por funcionar como uma para-raio destas descargas projetivas.

Voltemos, então, à compreensão da fantasia de onipotência citada anteriormente. De uma forma crua e direta a fantasia de onipotência experienciada pela observadora, que de alguma forma fantasiava poder dar ou não a vida a este bebê, pode abrir um leque importante para discutirmos sobre alguns mitos acerca da maternidade. Talvez neste momento, a observadora pudesse estar, junto com as suas próprias vivências, conectada a uma fantasia materna de poder dar a vida ao bebê.

Há muitos vértices nos quais podemos nos debruçar a respeito desta discussão. O primeiro que gostaria de abordar é o aspecto cultural envolvido na maternidade. Assim como o bebê é uma parte constituída por sua herança

constitucional e parte do ambiente, a maternidade também pode ser considerada como tal. Desta forma, observa-se que a cultura tem como protótipo de mãe uma mulher poderosa e suficiente (e não suficientemente boa) que se fantasia ser capaz de promover a saúde ou a doença do bebê. Serrurier (1993) destaca que, em parte, a teoria psicanalítica pode ter influenciado na construção deste protótipo que foi mal interpretado pela sociedade, pois ao estudar estes fenômenos precoces da idade infantil atribuiu à relação materna o desenvolvimento, no futuro, de patologias do tipo psicóticas. No entanto, ao destacar a palavra relação, pretendo enfatizar que é justamente esta mutualidade da relação entre mãe e bebê que faz com que o bebê se constitua de forma mais saudável, psiquicamente ou não, e não a devoção materna unilateralmente.

Outra questão importante é falar sobre a onipotência. Por que será que a teoria psicanalítica pode ter sido mal interpretada neste sentido? Penso que algum uso importante é feito desta má interpretação, evidenciando uma base primitiva destas fantasias onipotentes. Desta forma, sugiro que voltemos às bases da onipotência, buscando maior esclarecimento da onipotência materna. Winnicott (1970/1994) descreve que a onipotência é característica de uma das primeiras fases da infância, na qual a criança, ao desejar o seio e este vir ao encontro de sua necessidade, ter a sensação de que ela, com o seu desejo, teria criado o seio. Com o passar do tempo, o bebê vai se descobrindo como um ser separado da mãe, e com isso, a experiência de onipotência deixa de ser central, pois passa a perceber os objetos como separados de si e dos seus desejos. No entanto, mesmo depois de adquirir esta condição de ser separado, Winnicott (1970/1994) destaca que há momentos em que podemos regredir (temporariamente) e retornar a este estado onipotente.

Neste momento de puerpério, pode-se pensar que a mãe, em intensa sintonia com o seu bebê, também sente esta onipotência de que ela cria o filho, dá vida a ele, assim como ele sente que ele cria o seio. Esta fantasia de onipotência é vivida pelo bebê como uma realidade, ao passo que pela mãe, esta deveria ter condições de identificar o caráter mágico da fantasia de dar a vida ao bebê. No entanto, no contexto da prematuridade esta capacidade da mãe pode estar prejudicada, fomentando, assim, o medo primitivo da sua própria onipotência infantil. Assim como as mães, esta onipotência também é sentida por parte da equipe, que muitas vezes sente-se no encargo de 'salvar' a vida do bebê, que pode misturar-se com estas fantasias maternas primitivas, de dar a vida ao bebê. Por um

lado, quando a equipe ‘salva’ um bebê, esta se sente inflada, cheia de orgulho do seu trabalho, ao passo que quando isso não ocorre, este orgulho cai por terra e se instala um clima de acusações, difícil de ser manejado.

Frente a estas características deste ambiente mobilizador que é a UTI neonatal, destaca-se que a vulnerabilidade e dependência absoluta dos bebês, juntamente com a presença de bebês ‘injustiçados’ pela vida, e mães boas e más ao mesmo tempo, torna-se um palco para a revivência pessoal de cada um da sua própria maternidade. Estas revivências, inerentemente ligadas ao estado de vulnerabilidade, caos e angústia, alguns superados e outros nem tanto, despertam sentimentos ora vinculados com a própria função materna de cada um, ora as com vivências infantis como bebês. Desta forma, as mães, os bebês e a equipe tornam-se alvo de acusações ou idealizações intensas, gerando, muitas vezes, conflitos e maior tensão no ambiente. Estes atritos tornam-se intensos, pois estamos falando de sentimentos extremamente iniciais e primitivos, que ocorreram em um tempo em que a simbolização não era uma possibilidade, o que faz com que se torne um ambiente mais caótico e perigoso.

Neste sentido, este eixo procurou ilustrar algumas vivências primitivas e inconscientes presentes neste ambiente da UTI neonatal, tanto por parte do bebê quanto pelo ambiente que o cercava. Desta maneira, acredita-se que ampliando os conhecimentos destas vivências, há uma maior possibilidade de ajudar os demais profissionais que atuam na linha de frente com estes bebês. Além disso, abre-se também a possibilidade de auxiliar as mães e os bebês durante esta jornada árdua na UTI neonatal, tendo, assim, uma importância para a prática clínica. Destaca-se ainda que se não fosse pela sutileza do método Bick, estas vivências veladas não poderiam ser acessadas. Sendo assim, a aplicabilidade do método Bick no contexto da prematuridade, bem como as implicações para a prática clínica, serão discutidas no próximo eixo desta discussão.

#### **4.2. Eixo II - Considerações sobre o método e implicações para a prática clínica**

Como já destacado, o método Bick tem sido utilizado para a pesquisa em diversos contextos (Caron et al., 2008; Donelli, 2008; Rustin, 2006; Vivian, 2006). O uso do método no ambiente da UTI neonatal não é uma novidade, já tendo sido realizado por outros autores pioneiros (Cohen, 2003; Druon, 1997; Negri, 1994; Wirth, 2000). No entanto, enfatiza-se que estes estudos foram feitos

partindo de um foco clínico, não de pesquisa, como o presente trabalho. Diferentemente destes trabalhos pioneiros, no âmbito de pesquisa, o objetivo passa a ser a compreensão do desenvolvimento primitivo, da relação mãe-bebê. Sendo assim, destaca-se a importância de poder se discutir os benefícios da aplicação do método Bick como um método de pesquisa.

Em primeiro lugar, cabe destacar que o método Bick como método de pesquisa inicialmente parte do desconhecido, assim como o próprio método, preconiza que o observador deve se comportar durante as observações. A observação segue os três tempos descritos por Houzel (1997) - observação, relato e supervisão – podendo, assim, dedicar-se, em um primeiro momento, à exploração de novos terrenos do campo do primitivismo que envolve este início da vida. Como destacado anteriormente, o método Bick pode ser considerado um método de pesquisa, pois está enraizado nos pilares da psicanálise (Rustin, 2006). O autor destaca que os pilares referem-se principalmente ao *setting* estruturado e ao enquadre que proporcionam a emergência dos conteúdos inconscientes, objeto de estudo da psicanálise. Sendo assim, é importante preservar estes pilares principais quando se faz adaptações do método a estes novos contextos, preservando, assim, a cientificidade do processo.

Uma questão importante a ser discutida sobre o método é em relação aos relatos gravados realizados pela autora do trabalho como uma modificação do modelo padrão do método Bick. Como foi descrito no método, neste estudo a autora buscou relatar verbalmente a um gravador, imediatamente após as observações, as vivências recém suscitadas pela observação. Desde o início da prática da observação pelo método Bick já havia uma preocupação com a preservação ao máximo do material observado, já que o observador não praticava nenhuma anotação durante a observação. Rustin (2006) destacava a importância de ser o mais literal e descritivo possível, sem que se perdessem os detalhes ricos da experiência emocional vivida pelo observador. Essas ideias são corroboradas por Borensztein (2001), que acrescenta a importância de o relato ser feito até 12 horas após a observação.

Outros estudos que utilizaram o método Bick no contexto da UTI neonatal também relataram ter alterado as recomendações do método padrão quando se tratava dos relatos. Lazar et al. (2006), por exemplo, recorreram ao recurso de tomar notas em seguida às observações. Druon (1997) e sua equipe de observadores optaram por realizar algumas anotações breves durante as

observações, tentando preservar ao máximo a espontaneidade dos sentimentos, sensações e pensamentos ao longo da observação. Neste mesmo sentido, o presente estudo tentou, através das gravações posteriores às observações, obter o material de forma mais pura possível. No entanto, pôde-se perceber que mesmo relatando a observação poucos minutos após seu término, os conteúdos ali observados seguiam sendo difíceis de serem relatados, pois, muitas vezes, ainda estavam destituídos de palavras. Sendo assim, destaca-se que a UTI neonatal parece evidenciar um padrão diferente de outros contextos de observação, pois aqui diferentes estudos relataram a mesma dificuldade de apreender muitas das coisas observadas. Acredita-se que este movimento seja devido à primitividade dos conteúdos ali vivenciados e já discutidas no eixo I.

No entanto, destacam-se algumas contribuições importantes que esta inovação trouxe para o presente trabalho. O relato verbal para o gravador, após a observação, facilitou a captação do clima emocional da observação, não através de palavras, mas sim através do tom de voz da observadora. Este, por vezes, aparecia mais acelerado e angustiado, ou mais deprimido e apático, de acordo com o material observado. Através destas manifestações sutis da gravação, este trabalho, que foi realizado em um quarto tempo, após o término da supervisão (terceiro tempo), pôde se beneficiar destas gravações, pois a observadora podia escutar seus relatos e sentir este clima emocional novamente. Obviamente, neste quarto momento, com mais recursos e distância suficiente para poder discorrer sobre as observações. Além disso, destaca-se outra contribuição importante, que apareceu sob forma de atos falhos frequentes no relato. Neste sentido, a ideia de poder preservar e usufruir da associação livre, como se pretendia com a implantação desta gravação, mostrou-se muito útil na compreensão das observações. Através de inúmeros atos falhos, pôde-se evidenciar o impacto emocional da condição de prematuridade..

Outra questão importante é em relação à questão da neutralidade no contexto da UTI. Bick (1964) já destacava a importância de uma posição suficientemente neutra por parte do observador, onde este deve se inserir no contexto buscando uma maior identificação com os conteúdos ali presentes, mas, ao mesmo tempo, manter-se suficientemente distante de forma a preservar a sua crítica quanto aos conteúdos provenientes do próprio ambiente e de vivências pessoais suscitadas pela experiência de observação. Neste sentido, Cassorla (2001) também discute a neutralidade tão almejada na pesquisa psicanalítica,



entendendo que esta, na sua íntegra, é impossível. No entanto, aponta que ela pode ser incluída e bem manejada à medida que o pesquisador tem consciência de sua existência e toma as devidas providências, como a utilização do tripé psicanalítico (supervisão, análise pessoal e teoria), para manejá-la.

É neste sentido que se abre a discussão sobre a neutralidade. Outros trabalhos neste contexto já apontaram a dificuldade de o observador manter sua percepção clara e precisa devido às intrusões presentes do ambiente da UTI neonatal (Lazar et al., 2006). Neste trabalho, esta dificuldade também pôde ser vivenciada pela observadora. Destaca-se que, em diversos momentos, a observadora chegou ao limite de perder seus contornos físicos, tendo dificuldade de identificar se aquelas sensações eram provocadas pelo ambiente ou por uma falta de seu próprio corpo. Além disso, outras percepções também se tornavam alteradas, como foi discutido em relação à possibilidade de perceber as reais chances de morte do bebê. Sentimentos de onipotência, confusão de papéis, ora maternos, numa identificação com a mãe, ora infantis, numa identificação com o bebê, também foram temas vivenciados no psiquismo da observadora. Estas vivências intensas diferenciam-se das do método padrão, que ocorrem em casa, com bebês sem dificuldades maiores. No entanto, como no método padrão, aqui a observadora também estava respaldada pelo grupo de supervisão, podendo ser este um espaço fundamental de acolhimento e reflexão sobre estas vivências intensas. Foi a partir do grupo que foi possível distinguir alguns sentimentos e poder captar o que realmente estava sendo comunicado pelo bebê ou o ambiente.

A experiência de mutualidade também acarretou benefícios para a pesquisa. Este conceito, que foi discutido no eixo I, abre um leque para compreender as vivências dos bebês, da mãe e da equipe, através de uma comunicação não-verbal estabelecida nas duplas ali formadas. Através destas experiências, as sensações do observador serviram de instrumento para acessar os conteúdos ali vivenciados. Sendo assim, a experiência de mutualidade, que Winnicott (1969/1994) considerava uma forma de comunicação entre mãe e bebê, também serve como instrumento de pesquisa, pois sintonizando com estes níveis de comunicação também acessamos as vivências primitivas destes bebês, podendo ampliar o conhecimento sobre seus estados iniciais.

Destaca-se que, além da utilidade deste estudo para compreender a aplicabilidade do método ao contexto da UTI neonatal, este também traz contribuições importantes para a clínica. Neste sentido, podemos discutir sobre

esta possibilidade de comunicação corpo-a-corpo, proporcionada pela comunicação não-verbal, e ampliar o conhecimento dos estados primitivos anteriormente discutidos. Sendo assim, estas vivências de falta de contornos corporal, de caos, de não integração, podem auxiliar no contexto das psicoterapias com pacientes regressivos. Winnicott (1969/1994) destacou a importância da compreensão dos estados iniciais para a compreensão destes pacientes, principalmente de funcionamento psicótico.

Outra contribuição, e talvez a mais importante para a prática clínica, foi em relação ao papel da observadora perante a mãe e o bebê. Destacam-se aqui os momentos em que mãe e bebê conseguiram 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 eu, ora o pai, para poder ajudá-la a metabolizar e circular estas emoções tão difíceis de serem metabolizadas. Nem sempre este movimento pôde ocorrer, pois os limites entre instabilidade e estabilidade, tanto materna quando do bebê, eram muito tênues. Através destes momentos, acredita-se que a presença da observadora auxiliou a mãe a tolerar estas sensações-emoções (termo utilizado por Druon, 1997), provindas do contato com o bebê. Assim, podendo se identificar com o 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 já destacava a função terapêutica que o observador tinha, por vezes, com as mães. A autora descreveu que quando é possível estabelecer uma conexão importante mãe-bebê e observador, pode haver uma identificação da mãe com a função continente do observador, auxiliando-a 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 possibilitou estes momentos mais integrados da dupla mãe-bebê. Fraiberg e colegas (1975), através do seu trabalho com crianças, também já haviam descrito que ter alguém que ajude a conter as angústias da mãe pode ajudá-la a tornar-se mais disponível para seu filho. 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.

Aqui novamente nos deparamos com a mutualidade, pois quando a observadora consegue se identificar em níveis não-verbais com a mãe, esta pode se sentir acolhida e mais tranquila para identificar-se com o seu bebê. Em resposta a este encontro, o bebê, por sua vez, consegue manter certa continuidade no contato com a mãe. Assim, esta dupla, agora em contato, pode, aos poucos, ir mutuamente se ajustando. Nesse momento, percebe-se que a não intrusividade da observadora, e ao mesmo tempo seu olhar-participativo auxiliou mãe e bebê a se manterem em contato por um tempo maior. Neste contexto, enfatiza-se que qualquer contato verbal com a mãe poderia ter quebrado esta comunicação não-verbal ali presente e ter puxado a mãe para um contato mais consciente com a observadora, deixando, assim, o bebê de fora. Trata-se de uma constatação importante neste contexto, pois afeta diretamente a técnica que será empregada no trabalho junto a estas duplas.

Ao discutir estas implicações clínicas, é importante esclarecermos que não se tratam de ensinamentos puramente teóricos que possam ser resumidos em uma cartilha de como trabalhar em uma UTI neonatal. Assim, nos remetemos novamente aos ensinamentos de Winnicott (1969/1994), que já apontava a dificuldade em entrar no terreno das relações mãe-bebê, destacando que estes fenômenos são para serem estudados entre profissionais da área e não ensinados para as mães ou outras pessoas que estejam realizando a função materna. Neste sentido, destaca-se a importância de esse material ser destinado ao uso de profissionais que entendam o que é o primitivismo do ser humano, para que, então, possam apossar-se destas contribuições e, junto com a sua bagagem clínica, possam ajudar as pessoas que vivenciam estes conflitos. Caso contrário, os conteúdos aqui apresentados podem atrapalhar o curso normal do desenvolvimento da relação mãe-bebê.

Sendo assim, entramos no terreno das intervenções psicológicas neste período da vida. Primeiramente, sugere-se que se pense no que foi discutido neste presente trabalho e, a partir disso, entenda-se que são conteúdos que não são passíveis de serem simbolicamente comunicados para as mães, pois, como foi abordado ao longo de todo o trabalho, eles são destituídos de simbolismo. Desta maneira, qualquer intervenção de cunho verbal que visasse ampliar o entendimento teórico sobre o que a mãe, o bebê ou a equipe estão sentindo, parece

de pouca utilidade neste contexto. Além disso, destaca-se que comunicar algumas fantasias (não conscientes) para as mães neste estado, pode ser considerado uma agressão e algo que pode contribuir para um distanciamento entre a mãe e o bebê, pois esta temerá sentir tamanha atrocidade em relação ao seu filho. Ao invés disso, sugiro que nos atenhamos a momentos desta observação nos quais, mesmo sem o caráter terapêutico, a presença participativa, mas não intrusiva, da observadora proporcionou momentos em que a mãe e o bebê puderam se aproximar de forma tranquila. Desta forma, percebe-se que a presença constante de alguém que olha este bebê e esta mãe, em um ambiente onde tudo é inconstante, parece ser mais terapêutico do que algo de cunho interpretativo neste momento.

Neste sentido, deixamos um pouco de lado a técnica clássica da psicanálise, que tem a interpretação como principal ferramenta, e nos aproximamos do processo de *holding* descrito por Winnicott (1949/2000). O autor descreve que a mãe deve se identificar com o bebê e, assim, adaptar-se às suas necessidades a fim de manter um contato com ele e, assim, proporcionar uma vivência de continuar a ser que foi interrompida pelo parto. Como estas mães descritas pelo autor, aqui, o papel de um profissional, que venha ao encontro desta mãe de um bebê prematuro, no intuito de ajudá-la emocionalmente, deve manter como referência que esta também está regredida e precisa ser atendida em suas necessidades. Assim, ao invés de utilizarmos a técnica clássica interpretativa, que tem sua eficácia dentro de consultórios e com paciente neuróticos, abre-se um leque para fazer o *holding* com esta mãe para que esta possa exercer a maternidade com o seu filho.

Winnicott (1955/2000) diferencia a técnica destinada a pacientes neuróticos (psicanálise clássica) da de pacientes psicóticos. O autor descreve 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, destaca que a técnica para o tratamento destes pacientes deve ser diferente da descrita pela psicanálise clássica. Neste contexto, o autor enfatiza 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) tenta

proporcionar ao paciente uma vivência em um novo ambiente, capaz de conter e que o ajuda a integrar-se, ao contrário do que lhe foi proporcionado no início da vida.

Aliado a estas contribuições do autor, destaca-se que neste ambiente da UTI neonatal, embora não estejamos falando de pacientes psicóticos, estamos nas bases do desenvolvimento primitivo. Assim, ao deparar-nos com estes estados tão iniciais é necessário que tenhamos a sutileza e a preocupação de nos mantermos não intrusivos e auxiliar na manutenção de um ambiente acolhedor e constante para esta dupla. É nesse sentido que o método Bick se torna tão essencial neste contexto, pois tem este respeito pela não intrusividade e valoriza a comunicação para além do verbal. Borensztein (2001), através da sua experiência com observação de bebês, já destacava que a mais valiosa aquisição deste treinamento é no que cabe à atitude psicanalítica, conectada com o conceito de *reverie* descrito por Bion (1967/1994), a qual permite o reconhecimento destes estados primitivos e a contenção dos mesmos..

Embora estes conhecimentos aqui discutidos não tenham um propósito de ser ensinados teoricamente, como já mencionado, destaca-se que apropriar-se deste material e poder transmitir alguns destes conhecimentos para a equipe que trabalha com estes bebês pode ser de grande utilidade. Uma das questões que poderiam ser abordadas com a equipe é a noção de mutualidade que foi amplamente discutida aqui. Através deste conceito, pode-se mostrar, na prática, e através das próprias vivências e percepções da equipe, que uma mãe pode provocar mais ou menos a equipe de acordo com o estado do seu bebê. Além disso, pode circular a ideia de que a própria equipe também pode viver esta experiência de mutualidade, e assim, mostrar-se mais mobilizada por um bebê que está mal ou mais otimista e eufórica com um bebê que está se desenvolvendo bem. Com isso, também se abre uma porta para a equipe poder pensar que todos nós somos humanos, e, que, sendo assim, temos sentimentos que nos invadem a todo instante. Talvez, através de um maior trabalho com os sentimentos da equipe, esta pode aprender com as vivências, próprias e dos colegas, a entender melhor o que sentem e assim saber manejar melhor as adversidades deste ambiente tão caótico, mas ao mesmo tempo, tão cheio de vida.

Para isso, uma das alternativas seria o método '*Work Discussion*' (Discussão de Trabalho – tradução pessoal) descrito por Rustin (2008) como uma metodologia eficaz para este tipo de trabalho. Nesta metodologia, o autor forma

grupos de profissionais de diversas áreas como professores, enfermeiros e cuidadores, que normalmente já tenham experiência na sua área, mas que não necessariamente tenham tido contato com a teoria psicanalítica. Este grupo tem o objetivo de aprimorar a compreensão psicanalítica das pessoas que participam, com intuito educacional e, ao mesmo tempo, formador profissional/pessoal. Para que isso ocorra, cada indivíduo deve observar a si próprio enquanto está envolvido em uma situação de trabalho ou que está refletindo sobre as implicações do que está sendo visto ou experienciado, podendo compartilhar estas experiências, conhecimentos e entendimentos entre os participantes que estão reunidos pelo mesmo tipo trabalho. O autor aponta que este tipo de trabalho tem sido visto como uma oportunidade de observar, refletir e aprender sobre os aspectos inconscientes e emocionais destes ambientes.

Outra forma como estes dados podem ser aplicados ao contexto da UTI neonatal foi descrito por Negri (1994) que sugeriu as 'ações preventivas ambientais'. Dentro desta prática, a autora inclui ações direcionadas aos pais, que são acompanhados por entrevistas, e à equipe que participam de encontros semanais onde é discutido o material das observações de bebês prematuros. A autora destaca que este trabalho proporciona que os próprios bebês sejam discutidos em grupo e, assim, tratados de acordo com suas próprias necessidades.

Por ter este cuidado com o mundo primitivo, e a falta de um método que contemplasse a intervenção nestes casos, é que o método Bick por muito tempo foi conhecido como um instrumento fundamental de treino para os psicoterapeutas e analistas em formação, pois este ensina, através destas vivências, aspectos básicos do psiquismo humano. Além disso, o método Bick proporciona um modelo de participação não intrusiva, no qual a aproximação do observador à dupla mãe-bebê tem um caráter terapêutico, como inúmeros estudos já apontaram. Com isso, entende-se que este também pode servir como ferramenta para o atendimento destas mães e bebês.

O método vem se aprimorando e buscando ir além destes aprendizados pessoais, lutando para evidenciar também sua cientificidade e excelência como método de pesquisa psicanalítica. Desta forma, esta dissertação também é um exemplo de como o método Bick pode avançar no conhecimento sobre o desenvolvimento primitivo e, assim, poder auxiliar os profissionais a ampliarem seu conhecimento. Além disso, estudos mais recentes como o de Mendelsohn

(2005) vêm mostrando seu potencial para intervenções não intrusivas no contexto da relação mãe-bebê.

### **Considerações Finais**

O método Bick vem sendo aplicado desde seu início com o objetivo de explorar, através do observador, principalmente as comunicações primitivas, linguagens não-verbais e identificações projetivas e fatores ligados a etapas iniciais do desenvolvimento (Bick, 1964; Borensztein, 2001; Feldman, 2002; Lopes et al., 2007). Em virtude de ter seus pilares baseados em conceitos teóricos e práticos da teoria psicanalítica é que pode ser considerado como um método de pesquisa e, portanto, ser considerado científico (Rustin, 2006). Foi baseado nesta profundidade que o método tem para captar os conteúdos não-verbais e na sua cientificidade, já amplamente discutida aqui, que optou-se por ser este o método para ampliar o conhecimento no âmbito da prematuridade nesta presente pesquisa.

Como já destacado, o método Bick já havia sido utilizado por psicanalistas sérios e renomados que visaram estudar a prematuridade, acarretando em conclusões muito produtivas para esta área. No entanto, destaca-se que não se tratavam de pesquisas empíricas como este presente trabalho, mas sim como parte das atividades profissionais de psicanalistas que estavam incluídos nas instituições. Desta forma, o foco estava mais centrado na intervenção do que na preocupação com os processos do desenvolvimento primitivos destes bebês.

Além disso, também se deu uma relevância à experiência de mutualidade entre mãe e bebê, descrita inicialmente por Winnicott (1969/1994). Dentro deste protótipo de relação inicial, destacando as especificidades do não-verbal e do ritmo corporal instalado na díade, ampliou-se esta experiência para além da dupla mãe-bebê. Neste sentido, foi possível perceber que no ambiente da UTI neonatal, onde os cuidados maternos se tornam divididos ou, às vezes, até totalmente assumidos pela equipe, essas experiências transbordam para os múltiplos cuidadores. Em alguns casos, estas comunicações podem ser sentidas até como uma invasão pelos profissionais, que mobilizados pela sua árdua tarefa, podem se perceber confundido com seus próprios conflitos. Este assunto torna-se fundamental à medida que são estes profissionais que atendem tanto o bebê

quanto as suas mães e, sendo assim, podem despejar toda essa carga de volta nesta dupla, que ainda tenta se restabelecer deste nascimento prematuro.

A agressividade contida naturalmente nas relações iniciais também puderam ser abordadas, pois circula na UTI neonatal através dos profissionais, mães e os próprios bebês. Em relação a este tema, buscou-se ampliar o conhecimento, visando uma maior compreensão destes fenômenos, não com intuito de tentar anulá-los, pois estes são inerentes às relações humanas. Ao invés disso, o objetivo de poder estudar estes fenômenos é de poder instrumentar profissionais que trabalham com o mundo emocional, para que, assim, possam amenizar os efeitos desta agressividade que, como foi visto, se não é entendida, pode ser demasiadamente atuada sobre os bebês e suas mães. Nesse sentido, podemos achar no ambiente formas de proteger estes bebês tão vulneráveis de mais intrusões do que as já necessárias.

Também se buscou mostrar a importância de circular estes sentimentos que estes bebês nos causam, visando metabolizar estes sentimentos. Assim, as duplas mães-bebê têm mais chances de achar pessoas que estejam disponíveis para captar e conectar com a sua necessidade de ligar-se. Essas comunicações e impulsos do bebê a ligar-se a algo foi tema até o fim das observações do estudo de caso realizado neste trabalho, podendo, assim, evidenciar o quanto um bebê, mesmo que apresentando inúmeras debilidades como este, ainda mostra-se vivo até o fim. Com isso, pretende-se ampliar a noção de subjetividade destes bebês, para que eles não percam o cuidado necessário até o fim da jornada deles na UTI neonatal, sendo este fim o óbito ou a alta.

Obviamente que nos casos em que o destino do bebê é o óbito, trabalhar com eles e com suas mães torna-se uma tarefa ainda mais complicada para os que cercam esta dupla. Nestas situações, as pessoas tendem a ficar mais tensas, sem saber o que sentir e o que fazer, evidenciando a tamanha impotência frente ao destino destes bebês. Sendo assim, torna-se ainda mais importante destacar que nesta luta entre vida e morte, que ocorre desde o início da vida destes bebês, não podemos ter certeza do que irá acontecer, qual dos dois irá prevalecer. No entanto, podemos sim, ter até o fim a noção de que este já é um bebê que tem vida e que luta para a sua sobrevivência, mesmo que esta não lhe seja algo garantido.

Em diversos momentos este trabalho também se deparou com as limitações que o seu objetivo o impunha, pois como foi um estudo exploratório e sem intenção de intervenção talvez possa ter deixado lacunas a serem preenchidas.



Destaca-se, assim, que talvez outros estudos, que foram citados e que tinham o objetivo da intervenção em primeiro plano, pudessem ter atendido a estas mães de forma mais direta. Entretanto, também se destaca que em mais de um momento das observações pôde ser percebido o quanto o olhar e atitude de interesse da observadora pelo bebê e pela mãe facilitou com que esta mãe entrasse em contato com o seu bebê de uma forma mais branda e amaciada, ao contrário de outros momentos em que seus encontros foram marcados por choques e quedas de saturação.

Sendo assim, sugere-se, para futuros estudos, a possibilidade de ampliar as possíveis intervenções neste ambiente, deixando um pouco de lado a técnica interpretativa clássica da psicanálise conforme discutido no eixo II, e aproximando-se cada vez mais desta linguagem primitiva tão presente neste contexto. Considera-se que este trabalho pôde ampliar um pouco mais este espaço para discussão das questões inconscientes e do primitivismo do ser humano, contribuindo, assim, para o embasamento de futuros estudos que sigam ampliando a compreensão do desenvolvimento emocional neste contexto.

## 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.
- Anzieu, D. (1989). *O eu-pele* (Z. R. R. Mahfuz, Trans.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Araújo, J. Prematuridade (2003) In P. Gonçalves (Eds.). *Tudo sobre a criança: perguntas e respostas* (pp.68-73). São Paulo: IBRASA.
- Behrman, R. E. & Butler, A. S. (2007). *Preterm birth: Causes, consequences, and crevention*. Washington: National Academies Press.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45 (4), 558-566.
- Bick, E. (1981). A experiência da pele em relações de objeto arcaicas (B. Mandelbaum, Trans.). In E. P. Spillius, *Melanie Klein hoje* (Vol.1, pp.194-198). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1967)
- Bion, W. R. (1994). *Estudo psicanalíticos revisados (Second Thoughts)* (W. M. M. Dantas, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1967)
- Bracco, D. M (1996). *De la no-integración a la integración*. Paper presented at I Colóquio de Observación de Bebés. Barcelona, Espanha. Retrieved in October 12, 2010, from <http://www.asociacionbick.org/cat/comunicaciones5.html>
- Bradford, N. (2000). *Your premature baby: the first five years*. London: Frances Lincoln Ltda.
- 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.
- 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.

- Boyer, D. & Sorenson, P. (1999). Adapting the Tavistock Model of Infant Observation to Work in the Neonatal Intensive Care Unit. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 146-159.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação* (D. Batista, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Caron, N. A. (1995). Fundamentos teóricos para a aplicação do método E. Bick. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 29 (2), 283-291.
- Caron, N. A.; Fonseca, M. M. C. & Kompinsky, E. (2000). Aplicação da observação na ultra-sonografia 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. *Infant Observation*, 11 (1), 64-75.
- Caron, N. A.; Matte, L. D. S.; Cardoso, M. G.; Lopes, R. C. S. & Dancin, V. E. (2000). Vivenciando a violência sutil: o impacto emocional diante das tendências humanas comuns. In N. A. Caron (org), *A relação pais-bebê. Da observação à clínica* (pp.45-60). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cassorla, R. M. S. (2001). Prefácio. In E. R. Turato, *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (pp.19-32). Petrópolis: Vozes.
- Cohen, M. (2003). *Sent before my time: A child psychotherapist's view of life on a neonatal intensive care unit*. Londres: Karnac.
- Cresti, L. & Lapi, I. (1997). O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade? (F. F. Settineri, Trans.). In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Org.). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp.149-162). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunningham, F. G.; McDonald, P. C.; Gant, N. F.; Leveno, K. J.; Gilstrap, L. C.; Hankins, G. D. V. & Clark, S. L. (2000). *Williams Obstetrícia* (20ªed., C. L. C. Araújo, Trans.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Donelli, T. M. S. (2008). *O parto e o Tornar-se mãe: Aplicação do Método Bick de Observação da Relação Mãe-Bebê (ORMB)*. Unpublished doctoral

- dissertation, 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 (F. F. Settineri, Trans.). In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Org), *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp.139-148). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Feldman, B. (2002). The lost steps in infancy: symbolization, analytic process and the growth of the self. *Journal of Social Work Practice*, 18(2), 233-238.
- Fenichel, O. (2005). *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Fraiberg, S.; Edelson, 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.
- Freud, S. (1996). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana (J. Salomão, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol.6, pp.11-237). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1901)
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (J. Salomão, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol.7, pp.117-217). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1905)
- Freud, S. (1996). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades (J. Salomão, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol.17, pp.183-190). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1919)
- Freud, S. (1996). O ego e o Id (J. Salomão, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol.19, pp.13-80). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1923)
- 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.
- Green, A. (1997). Projection. In A. Green, *On Private Madness* (pp.84-103). London: Hogarth Press.

- Guralnick, M. J. (2004). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. In M. A. Feldman, *Early Intervention* (pp. 9-50). USA: Blackwell.
- Harris, J. (2005). Critically ill babies in hospital: Considering the experience of mothers. *Infant observation*, 8 (3), 247-258.
- Houzel, D. (1997). A observação de bebês e a psicanálise, ponto de vista epistemológico (F. F. Settineri, Trans.). In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Org.), *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp.87-94). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jardin, F; Detry, L.; Denis, P.; Moreau, A. & Sibermann, A. (1997) Observação do bebê na creche (F. F. Settineri, Trans.). In M. B. Lacroix & 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.
- Kompinsky, E. (2000). Observação de bebês: método e sentimentos do observador. In N. A. Caron, *A relação pais-bebê: da observação a clínica* (pp. 9-44). Porto Alegre, Casa do Psicólogo.
- Lacroix, M. B. & Monmayrant, M. (org). (1997). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (F. F. Settineri, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 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.
- Lazar, R. A.; Röepke, C. & Ermann. G. (2006). Aprender a ser: observación de um bebê prematuro. *Revista Internacional de Observación de Lactantes y sus aplicaciones*, 5, 25-50.
- 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.

- 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.
- McFadyen, A. (1994). *Special care babies and their developing relationships*. Londres: Routledge.
- Meltzer, D. (1988). *The apprehension of beauty. The role of aesthetic conflict in development, violence and art*. Clunie Press: Pertshire.
- Mendelsohn, A. (2005). Recovering reverie: using infant observation in interventions with traumatised mothers and their premature babies. *Infant observation*. 8(3), 195-208.
- 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.
- Miller, G. (2007). *Extreme Prematurity. Practice, Bioethics and law*. New York: Cambridge University Press.
- 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.
- 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.
- Negri, R. (1994). *The Newborn in the intensive care unit: A neuropsychanalytic prevention model*. Londres: Karnac Books.
- Noel, T. K. (1998). An observation os loss in the Neonatal Intensive Care Unit. *Infant observation*, 1 (2), 100-106.

- Organização Mundial da Saúde (2006). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionado a saúde*. CID 10. São Paulo: Edusp.
- Perez-Sanchez, M. (1983). *Observação de bebês: relações emocionais no primeiro ano de vida* (T. Pellegrini, Trans.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Perez-Sanchez, M. (1997). A observação de bebês, segundo Esther Bick: uma pauta musical (F. F. Settineri, Trans.). In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Org.), *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp.57-60). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Perron, R. (2003). What are we looking for? How? In M. Leuzinger-Bohleber; A. U. Dreher & J. Canestri (Eds.), *Pluralism and Unity* (pp. 97-108). London: IPA.
- 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* (J. Wilhelm, N. L. Gomes & S. M. Godoy, Trans.). 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.
- 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.
- Rascovsky, A. (1970). *La matanza de los hijos y otros ensayos*. Buenos Aires: Ed. Kagieman.
- 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. J. (1989). Observing infants: reflections on methods. In L. Miller; M. E. Rustin, M. J. Rustin & J. Shuttleworth (Org.), *Closely Observed Infants* (pp.55-75). London: Duckworth.
- Rustin, M. (2002). Looking in the right place: complexity theory, psychoanalysis, and infant observation. In: A. Briggs, *Surviving Space. Papers in infant observation* (pp.256-296). London: Karnac.
- Rustin, M. (2006). Infant Observation research: What have we learned so far? *Infant Observation*, 9(1), 35-52.
- Rustin, M. (2008). Work Discussion: Implications for Research and Policy. In M. Rustin and J. Bradley (Eds.). *Work Discussion: Reflective Practice in Work with Children, Adolescents and Families* (pp.267-284). London: Karnac/Tavistock Clinic Book Series.
- Sandri, M. R. (1997). O grupo de observação: escuta, rêverie, transformação (F. F. Settineri, Trans.). In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Org.), *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp.63-78). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Serrurier, C. (1993). *Elogio às mães más* (S. Goldfeder, Trans.). São Paulo: Summus Editorial.
- 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, M. S. I. (1995). Supervisão da Observação da Relação Mãe-bebê. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 29(2), 293-298.
- 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.
- Stern, D. A. (1997). *Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê* (M.A.V. Veronese, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D. N. & Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *The birth of a mother. How the motherhood experience changes you forever*. New York: Basic Books.
- 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.



- Tracey, N.; Blake, P; Shein, P; Warren, B; Enfield, S. & Hardy, H. (2002). Narrative of a mother of a premature infant. In N. Tracey, *Parents of premature infants. Their emotional world* (pp.51-66). Londres: Whurr publishers.
- Vaz, F. A. C. (1986). Prematuridade: fatores etiológicos. *Pediatria (São Paulo)*, 8 (3), 169-171.
- Vivian, A. G. (2006). *O Desenvolvimento Emocional de um Bebê em uma Família Numerosa: uma aplicação do método Bick*. Unpublished master's thesis, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- 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.
- Winnicott, 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). Teoria do Relacionamento Paterno-infantil (I. C. S. Ortiz, Trans.). In D. W. Winnicott, *O ambiente e os Processos de Maturação* (pp.38-54). Porto Alegre: Artmed. (Original published in 1960)
- Winnicott, D. W. (1983) A integração do ego no desenvolvimento da criança (I. C. S. Ortiz, Trans.). In D. W. Winnicott, *O ambiente e os Processos de Maturação* (pp.55-61). Porto Alegre: Artmed. (Original published in 1962)
- Winnicott, D. W. (1988a). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1988b). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins fontes.
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade (J. O. de A. Abreu, Trans.). In C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis (Org.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 195-202). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1969)
- Winnicott, D. W. (1994) Individualização (J. O. de A. Abreu, Trans.). In C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis (Org.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 219-222). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1970)
- Winnicott, D. W. (1999). O conceito de indivíduo saudável (P. Sandler, Trans.). In: *Tudo começa em casa* (pp. 17-30). São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1967)

- Winnicott, D. W. (2000) Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp.254-276). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1949).
- Winnicott, D. W. (2000) A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 288-304). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1950)
- Winnicott, D. W. (2000). Formas Clínicas da Transferência (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp.393-398). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1955)
- Winnicott, D. W. (2000). Preocupação Materna Primária (D. Bogomoletz, Trans.). In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp.399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original published in 1956)
- Winnicott, D. W. (2005). Desenvolvimento emocional primitivo (J. O. de A. Abreu, Trans.). In C. Winnicott; R. Shpherd & M. Davis (Eds.), *Explorações Psicanalíticas* (pp. 269-285). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 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 á Clínica* (pp. 207- 232). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wirth, A. F. (2006). Cuidando dos cuidadores em um serviço de neonatologia: quem cuida de quem cuida? *Bioética*, 14 (1), 97-108.
- 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 A

ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE  
PSICOLOGIA



## ANEXO B

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Mestrado e Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado**

Estou realizando este estudo com a finalidade de investigar os aspectos biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê prematuro. O estudo tem como objetivo caracterizar os aspectos clínicos e psicológicos associados ao bebê prematuro e sua família. O projeto consiste em observação sistemáticas de uma dupla mãe-bebê seus bebês ao longo do primeiro semestre de vida do bebê. Durante a internação hospitalar, está programado observações com frequência de três vezes por semana em dias alternados. Após a alta as observações serão realizadas na residência da família, com visitas semanais.

Este estudo visa contribuir para uma melhor compreensão da experiência inaugurada pela prematuridade, tendo em vista que estes casos frequentemente são referidos como experiências difíceis para os pais e que podem trazer conseqüências a médio e longo prazo para a família e seus bebês.

Ressalta-se que os casais que não desejarem participar deste estudo ou que desistirem de participar durante o processo não sofrerão qualquer prejuízo no atendimento que recebem no hospital.

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informada(o), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa, que busca investigar a interação pais-bebês.

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 identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa a utilização das observações para fins científicos. Entendo que todo o material desta pesquisa será mantido em sigilo no Instituto de Psicologia.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o professor Dr. César Augusto Piccinini e a Mestranda Denise Steibel. Caso eu queira contatar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3308 67 68.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desse estudo e autorizo a utilização dos dados para fins dessa pesquisa e das publicações dela derivadas.

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

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

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.