



# A impossível tarefa de segurar o sol com a mão\*

*Cristiana Ilha Moreira\*\**, Porto Alegre  
*Cristina Gerhardt\*\*\**, Porto Alegre  
*Denise Steibel\*\*\*\**, Porto Alegre  
*Fernanda Silveira\*\*\*\*\**, Porto Alegre  
*Nara Amália Caron\*\*\*\*\**, Porto Alegre  
*Rita de Cassia Sobreira Lopes\*\*\*\*\**, Porto Alegre

*Imagine um ambiente com luzes intensas, barulhos desordenados, cheiros fortes e pessoas desconhecidas. É neste cenário que alguns bebês passam seus primeiros dias ou meses de vida. Através das experiências de Intervenção Pais-Bebê em uma UTI Neonatal, o presente trabalho tem como objetivo mostrar o percurso de um grupo de terapeutas que partiram da apropriação e compreensão do ambiente para a descoberta da função e identidade terapêutica. Assim, o grupo pôde criar uma forma de atendimento e fazer algumas sugestões técnicas inovadoras para este contexto.*

*Descritores: Prematuridade. Intervenção. Técnica. Método Bick.*

---

\* Trabalho provindo do Projeto de Pesquisa "Parentalidade e Prematuridade" da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

\*\* Psicóloga, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica (Instituto de Pesquisa e Ensino em Psicoterapia – IEPP).

\*\*\* Psicóloga, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica da Infância e da Adolescência (Centro de Estudos, atendimento e pesquisa da infância e adolescência – CEAPIA).

\*\*\*\* Psicóloga, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica (Instituto de Pesquisa e Ensino em Psicoterapia – IEPP).

\*\*\*\*\* Psicóloga, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica da Infância e da Adolescência (Instituto Contemporâneo de Psicanálise e Transdisciplinaridade).

\*\*\*\*\* Médica. Psicanalista de crianças e adolescentes. Membro efetivo e analista didata da SPPA.

\*\*\*\*\* Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de Londres.



Gostaríamos de iniciar este relato esclarecendo como nós, terapeutas, fomos atraídas para o ambiente de uma UTI neonatal. Tínhamos um objetivo: amparar estas mães que passam pelo impacto de ter um filho prematuro, bem como ajudar o bebê que chega ao mundo de forma incompleta, já lutando pela vida. Mas como? Assim como os bebês, que nascem sem vestimentas próprias, como nos lembra Bick (1967), as terapeutas também se despiram, momentaneamente, de suas práticas convencionais para que pudessem melhor mergulhar neste contexto da prematuridade. Foram arremessadas ao mundo sensorial do bebê prematuro – um “feto” fora do útero materno, que não se sustenta, não respira, não come. Um bebê que ainda não nasceu completamente – um “protobebê”. A mãe também é prematura, não pode sequer pegar seu filho no colo. Há um desencaixe – a mãe com leite, e o bebê impossibilitado de mamar, situação que pode se inverter depois. Embora abrindo mão das técnicas convencionais, as terapeutas carregam uma bagagem de prática e formação em psicoterapia psicanalítica e, essencialmente, a experiência de observação de bebês que lhes permite ter um olhar e uma atitude qualificada.

O grupo contava ainda com o respaldo fundamental do seminário semanal de supervisão, seguindo os moldes do método Bick de observação (Bick, 1964). Neste ambiente de supervisão, num trabalho de decodificação das comunicações primitivas presentes no material clínico discutido, surgiam sentidos novos que permitiam procurar vestimentas mais apropriadas para lidar com as vivências da UTI neonatal. Foi com os pilares do tripé psicanalítico – tratamento pessoal, supervisão e conhecimentos teóricos – que as terapeutas puderam ingressar nesta jornada, ainda sem saber qual seria o seu papel e qual seria a sua função. Assim, através deste trabalho, busca-se mostrar o percurso deste grupo de terapeutas, que partiram da apropriação e compreensão do ambiente para a descoberta da função e identidade terapêutica, o que permitiu, finalmente, chegar a algumas sugestões técnicas para este contexto.

No relato de uma sessão, a terapeuta descreveu:

*Em um dos cantos da ampla sala da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal encontra-se a incubadora de Marina, que está nesta nova moradia após a saída brusca de sua primeira residência, o acolhedor útero materno. Após algum tempo junto com Marina e sua mãe, Lúcia, percebo que aos poucos o sol vai se pondo e incidindo sobre sua incubadora. Eu me surpreendo com a intensa luminosidade, pois em seus dois meses de internação nunca havia me deparado com tamanha claridade. Como estaria se sentindo Marina, que ainda deveria estar protegida e segura no ventre materno? Em um gesto espontâneo, eu vejo*



*sua mãe bloquear com a mão os raios de sol que adentravam a janela e ultrapassavam as barreiras da incubadora, radiando diretamente nos olhos do seu bebê.*

Neste simples gesto, a mãe proporcionou ao bebê um mínimo de conforto e paz. No entanto, a questão refere-se ao quão árdua é a tarefa de tapar o sol a todo momento, pois, assim como o sol, o ambiente da UTI neonatal também se mostra analogamente “radioativo”, invadindo o sensorio destes bebês, sem que eles tenham formado uma mínima barreira de proteção e influenciando as relações iniciais da díade mãe-bebê. É esta condição que o presente trabalho pretende ilustrar. Para tanto, será usado o material clínico de dois atendimentos, o de Lúcia, 22 anos, mãe de Marina, nascida com 24 semanas e 735 gramas; e o de Rafaela, 28 anos, mãe de Laura, nascida com 26 semanas e 835 gramas.

Entrar em uma UTI Neonatal pela primeira vez é uma vivência intensa para a maioria das pessoas. Em função do trabalho com os bebês prematuros, as autoras entraram em contato com este ambiente, utilizando seu corpo-psiquismo como ferramenta, vivenciando sentimentos de angústia, invasão e não compreensão, tendo sido surpreendidas com sensações de perda de controle sobre suas próprias percepções sensoriais. Destaca-se a seguinte passagem de um relato de uma sessão para ilustrar tal intensidade: [...] *me senti tonta com os inúmeros alarmes de monitores disparando, diversas pessoas “desconhecidas” entrando e saindo, gerando em mim uma sensação de enjôo devido ao cheiro de assepsia, além do desconforto e confusão.* Tais sensações, ainda destituídas de simbolismo e impossíveis de serem metabolizadas pelo psiquismo, são sentidas através do corpo.

Neste sentido, percebe-se que, em muitos momentos, há uma invasão do sensorio sem que este esteja preparado, gerando uma sensação de perda de contornos, vivenciada pelos sintomas físicos mencionados anteriormente. Druon (1997) destaca que este é um dos principais meios de comunicação que se pode estabelecer com estes bebês, pois, abrindo o nosso sensorio para a recepção destas angústias, podemos nos conectar com o que o bebê sente e, assim, compreendê-lo melhor. Através da própria experiência das terapeutas, é possível identificar a condição que estes bebês, ainda prematuros, vivenciam. Entretanto, por serem comunicações extremamente primitivas, todos que circulam na UTI Neonatal podem sentir a intensidade do que está se passando ali.

*Durante um atendimento a Lúcia e Marina, [...] sabia que a situação clínica da bebê havia piorado bastante e percebi que a mãe estava muito angustiada, parecendo prestes a chorar. Enquanto isso, a técnica, parecendo estar indiferente, realizava um procedimento em Marina, recolocando uma sonda que a própria*



*Marina havia arrancado. O clima estava pesado, e eu me angustiava com a maneira invasiva como aquela sonda entrava em Marina. A mãe questiona a técnica sobre o procedimento, e esta mal lhe responde, em tom agressivo e sai sem maiores explicações.*

Como mostra a passagem do atendimento, a equipe precisa realizar cisões importantes, por vezes demasiadamente rígidas, para atender e cuidar destes bebês. Desta forma, protegem-se do contato cru com os bebês, evitando sentir-se, como as terapeutas, abaladas emocionalmente devido ao contato afetivo com os bebês.

A forma de comunicação presente neste contexto é muito primitiva, pois temos que emprestar o nosso próprio corpo como palco de vivências terroríficas, para que estas tenham a possibilidade de alguma representação. Winnicott (1956) descreve que é a mãe que, regredida ao estado de preocupação materna primária, consegue conectar-se a este nível com o bebê e saber suas necessidades. Mas, como o próprio autor dizia, isso é “uma sensibilidade exacerbada, quase uma doença” (1956-2000, p. 401) e a mãe deve mostrar-se saudável o suficiente para entrar e sair deste estado à medida que o bebê se desenvolve. Neste momento inicial, esta comunicação entre mãe e bebê é uma experiência que depende de uma mutualidade que resulta de uma troca “em termos da anatomia e de fisiologia de corpos vivos” (Winnicott, 1969a, p. 200). Assim, na ausência de um destes corpos, ou seja, na morte do bebê, por exemplo, a mãe correria o risco de desenvolver uma patologia real desta ordem.

Na prematuridade, os corpos da mãe e do bebê se separam abruptamente, gerando um desencontro e um descompasso em seus ritmos. Nesse contexto, tanto a mãe quanto o bebê se vêem prematuramente em suas funções. Além desta separação abrupta e desta incompletude, a díade depara-se com uma impossibilidade real de proximidade física, imposta pela condição clínica do bebê e pelas rotinas médicas que o hospital impõe.

*Em um atendimento, me deparo com uma cena em que Lúcia, pacientemente, repete mais de uma vez para a técnica que mexe em Marina se ela pode trocar a fralda. Diz: “Olha como a fralda está pesada”. A técnica parece indiferente à voz da mãe e segue fazendo o procedimento com a bebê, ignorando seu singelo pedido. Após a terceira tentativa, a técnica permite a Lúcia trocar a fralda.*

As mães, além de terem que se deparar com a dificuldade real de aproximação com seu bebê, separado por fios, incubadora e outras complicações clínicas, também têm que se submeter às imposições restritivas de sua própria maternidade. A mãe, que já se sente incompetente frente à prematuridade e separação do bebê, fica ainda mais abalada em sua autoestima.



Os cuidados com os bebês são, em sua maioria, realizados pela equipe médica, devido à necessidade do tratamento especializado. Os bebês são dependentes de uma mãe/equipe, sendo que a possibilidade de as mães biológicas cuidarem de seu bebê vai sendo aberta de forma gradual ao longo do período de internação. Por exemplo, somente é possível uma mãe amamentar, trocar ou pegar seu bebê no colo passado algum tempo de internação e o bebê tendo atingido alguns critérios padrão. Destaca-se que estes critérios permanecem rígidos para todos os bebês, sem que as mães tenham espaço para, aos poucos, irem dando um atendimento individualizado à medida que aprendem a identificar as necessidades do filho. A mãe máquina prevalece, deixando a mãe biológica em segundo plano.

*Esta situação pode ser ilustrada através de um atendimento em que Lúcia fala a respeito da primeira vez em que pegou Marina no colo. A mãe pergunta se quero ver um vídeo, que, embora tenha somente trinta e dois segundos, teve uma importância incalculável. Aceito. Este filme retrata a enfermeira colocando Marina no colo de Lúcia, que a aproxima de seu corpo dizendo algo que não é possível compreender e é exclusivo da dupla. A câmera filma de perto, e sinto uma grande emoção, surpreendendo-me com a intensidade do vídeo. Divido com Lúcia sua percepção, afirmando que este parece ter sido um momento de grande intensidade e muita expectativa. Lúcia concorda, acrescentando que pegar Marina no colo, uma tarefa cotidiana das díades a termo, foi um presente.*

O relato de Lúcia nos mostra como ainda é possível, mesmo na UTI neonatal, mães interagirem com seus bebês e como seria importante permitir que elas participassem mais de tais cuidados.

No outro caso atendido, enquanto a mãe, Rafaela, estava com a filha, Laura, no colo, aquela contava, muito contente, à terapeuta que era a primeira vez que a “deixavam” segurar a menina e destacava ser difícil a tarefa de se anular dos cuidados de seu bebê para o seu próprio bem.

Neste caso, a mãe pôde pegar seu bebê no colo somente depois de ele ter completado um mês do nascimento. Além do adiamento prolongado da reaproximação física entre mãe e bebê, este momento delicado ainda é privado da espontaneidade, pois o bebê permanece cercado pela equipe e conectado a diversos fios em função de problemas respiratórios. Como resultado desta distância corporal imposta, a dupla vê-se impossibilitada de ter um contato suficientemente contínuo para se autorregular e reencontrar um ritmo comum, perdido no parto. A mãe, do lado de fora da incubadora, vê-se impossibilitada de exercer os cuidados básicos com seu bebê. Por sua vez, o bebê, dentro da incubadora, é privado desse contato direto com a mãe, além de, por vezes, ainda não ter condições de responder a esses estímulos. Assim, mãe e bebê incompletos desenvolvem-se em ritmos



diferentes numa jornada solitária, pois um não conta com o outro para se apoiar e se retroalimentar. O desencaixe é evidente.

A separação física mãe-bebê nesta etapa inicial de vida inspira preocupação, já que o contato físico é o que permite à mãe expressar amor pelo bebê. Winnicott (1990) descreve que, durante a gestação, o bebê é amado por “todos os lados”, através das paredes internas do útero, pois considera que “o amor, ou cuidado só podem ser expressos e reconhecidos em termos físicos” (Winnicott, 1990, p.151). Após o nascimento, o bebê passa a sentir este amor de baixo para cima, devido à força da gravidade. Precisa achar um colo materno que substitua estas paredes para seguir sentindo-se amado. Bick (1967) também se dedica a compreender este momento de passagem intrauterina para extrauterina e acrescenta que, no momento do nascimento, os bebês vêm como cosmonautas habitar um novo meio ambiente, sem que ainda tenham uma roupa adequada, provocando um predomínio da sensação de falta de continência. Frente a esta falta de vestimenta própria, destaca que cabe aos cuidados do ambiente, mãe e pai, auxiliarem o bebê a criar uma pele própria para substituir seu anterior traje uterino e poder voltar a sentir-se contido.

Retomando a questão da prematuridade e o desencaixe que mãe e bebê sofrem devido a esta separação de corpos, destaca-se um trecho do atendimento que ilustra essa circunstância.

*Lúcia relata a primeira mamada de Marina no seio, aproximadamente três meses após seu nascimento. Ela me diz em tom frustrado: “ela mamou só um pouquinho e dormiu”. Sinto certa decepção na voz da mãe, que contrasta com o meu sentimento de extrema felicidade pela notícia.*

Este descompasso entre a terapeuta e a mãe também é visto entre mãe e bebê, quando a mãe apresenta-se com o seio farto para um bebê com pouca força para sugar. Evidentemente, estes desencaixes, inerentes à prematuridade, são experienciados de forma diversa por cada dupla.

Outra questão importante que surgiu diz respeito à perda de identidade sentida pelas terapeutas, que muitas vezes são confundidas com mães, enfermeiras, médicas, entre outros papéis da UTI neonatal. Neste contexto, os bebês seguem sem adquirir uma identidade própria, sendo reconhecidos como RN de “Fulana”, sem ainda terem a condição de indivíduo, com um nome e com uma história. Entende-se que essa situação tem relação com o estado de não integração, que é a condição básica em que os bebês nascem. Winnicott (1945) destaca que, para ser reconhecido, precisa-se ser integrado e que aqueles que não tiveram uma única pessoa capaz de ajudá-los a juntar os pedaços apresentarão desvantagens na sua integração. Nas palavras de Winnicott (1969b): “O bebê é uma barriga unida a



um dorso, tem membros separados e, particularmente, uma cabeça solta: todas essas partes são reunidas pela mãe que segura a criança e, em suas mãos, elas se tornam uma só” (p. 432).

No ambiente da UTI neonatal, os bebês estão claramente em desvantagem quanto a sua possibilidade de irem rumo a um estado integrado, longe, portanto, de adquirirem uma identidade própria. Destaca-se que este estado não integrado do bebê, de ainda não “ser”, reflete-se nos profissionais que o rodeiam, gerando estados de desintegração naqueles que já adquiriram uma experiência de integração, como foi exemplificado através da perda de identidade das terapeutas.

Uma das terapeutas relata uma situação desconfortável pela qual passou, ilustrando o impacto desta condição de não integração dos bebês e a não ligação que a equipe faz com eles, apenas os reconhecendo pela incubadora em que estão.

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

O desencontro narrado acima despertou intensa angústia na terapeuta, que se aproximou de uma sensação de desintegração, deixando-se invadir por fantasias de morte em relação ao bebê. E se Laura estivesse morta? Trabalhar na UTI Neonatal significa deparar-se com aspectos de vida e morte e com a instabilidade que estes bebês apresentam. Frente a uma situação em que o risco e a fantasia de morte são intensos, a equipe tende a negar a existência deste bebê, testando assim, maciçamente, a percepção da terapeuta. Esta, por sua vez, também se sente impactada e ameaçada, pois, vindo de sessões anteriores em que o bebê estava melhorando e adquirindo contornos, depara-se, inesperadamente, com a sua não



existência. Não seria esse o sentimento da mãe frente a mais uma interrupção do “vir a ser” deste bebê?

Lazar e colegas (2006) já haviam relatado que enfrentaram desafios diversos para manter uma percepção adequada nestes ambientes de UTI neonatal. Através do trabalho de observação de bebês prematuros, descreveram não serem capazes de ver, 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 utilizar-se de mecanismos de que os bebês lançam mão no início de suas vidas, unindo pedaços aparentemente arbitrários de experiência, pequenos fragmentos de memória, para que isso resulte em algo mais elaborado e que possa ser recordado. Novamente recorrendo às palavras de Winnicott: “Pequenos pedaços da técnica de cuidar, de rostos vistos, sons ouvidos e cheiros sentidos são apenas gradualmente reunidos e transformados num único ser total, a ser chamado mãe” (Winnicott, 1945, p. 276).

Esta “falta de lugar” também é vivenciada pelas terapeutas, que, ao terem acesso a algumas informações clínicas, as entendem temporariamente, perdendo-as logo em seguida, como se não houvesse continente para guardá-las e compreendê-las. Em um dos atendimentos da dupla Lúcia e Marina, a médica forneceu informações sobre o estado clínico do bebê. Ao sair do atendimento, a terapeuta via-se com dificuldade de lembrar o que havia sido dito, bem como de relatar o material, revivendo esse estado de confusão.

Acredita-se que essa dificuldade que as terapeutas sentiram espelha o que as mães sentem. Rafaela solicita que a terapeuta ligue para ela, na manhã do dia do atendimento, para lembrá-la da sessão. Nesta situação, a terapeuta assume uma função organizadora, uma referência e continuidade para a mãe frente a este estado de indistinção e caos.

As terapeutas puderam sentir na pele um ambiente caótico, onde muitas vezes as comunicações são falhas e as atuações e projeções são intensas e maciças. Há pessoas da equipe que ora são delicadas e gentis, ora são negligentes e grosseiras, não mantendo uma mínima coerência e continuidade. Uma das formas como o grupo pôde nomear esta sensação foi assimilar este ambiente da UTI a um campo de guerra, onde a vulnerabilidade e a desumanidade são tamanhas que muitas vezes temos que nos desligar da realidade. É neste ambiente bélico que a equipe, as mães e os bebês têm que sobreviver e tentar fazer o melhor que podem.

Utilizando a metáfora da guerra, podemos pensar o quanto estes bebês sentem esta falta de ritmo e de continuidade em meio ao caos. Winnicott (1988)



descreveu a importância de o bebê, que se encontra em um estado de dependência absoluta do ambiente, ultrapassar este estágio sem ter tido vivências de estar sozinho por tanto tempo que suas ansiedades impensáveis se tornem intensas a ponto de gerar uma descontinuidade. Esta assistência é proporcionada por um cuidado suficientemente contínuo representado pela mãe. Como proporcionar esta mínima continuidade a estes bebês prematuros?

Cohen (2003) destaca dois diferentes vértices de observação de bebês nestas condições, 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, percebe-se que a equipe tende a reforçar o primeiro vértice para conseguir realizar seu trabalho com os bebês, enquanto aos psicoterapeutas é mais frequentemente atribuído o segundo vértice. Destaca-se que, quando o grupo foi apresentar o projeto de intervenção à equipe do hospital, um dos médicos do serviço assinalou: “Que bom que vem alguém para cuidar desta parte, pois aqui, no dia a dia, identificamos que os bebês precisam deste olhar, mas nós não o podemos dar”.

O grupo, refletindo sobre a sua experiência, entende que, além destes dois vértices, há também outro nível de comunicação: o corporal. Este vem sendo descrito e ilustrado desde o início, já que o trabalho das terapeutas junto a estas mães e bebês foi permeado por este tipo de comunicação sensorial.

Foi assim percebido que, no meio de tanto caos, uma presença constante, para a mãe e para o bebê, de uma terapeuta com uma postura continente, não intrusiva, que ofereça mais do que palavras – a sua escuta e seu sensorio – é uma ferramenta de trabalho que pode ser o início da construção de um ambiente mais acolhedor para estas díades prematuras. Neste sentido, abdicamos da técnica clássica da psicanálise, que tem a interpretação como principal ferramenta, e priorizamos a importância do *setting* interno e externo como componente terapêutico (Winnicott, 1954).

*Laura começa a ter quedas de saturação, chega a 62, o alarme apita, Rafaela diz em tom aflito, diversas vezes: “Eu não sei o que está acontecendo, não sei mesmo”. Permaneço ao seu lado, também tendo que tolerar meu desconhecimento sobre o que estava acontecendo, via aquele visor, sem entender muita coisa. Comecei a me sentir angustiada, assim como Rafaela, que começou a andar de um lado para o outro, dizendo: “Ai filha, vamos, recupera”. Aos poucos, fomos nos acalmando, à medida que Laura também se recuperava. Em outra situação, durante o atendimento, Rafaela parece sofrer junto com Laura, fazendo caretas a cada sonda que enfiavam no nariz e na boca da Laura e fala: “que dor”. Compreendo a situação e digo que é difícil ver sua filha assim e que*



*parece que chega a doer nela. Rafaela responde que tenta se acostumar para poder estar perto da filha, mesmo nesses momentos, mas que é difícil, pois sofre demais.*

Embora o sofrimento da mãe seja intenso, destaca-se que, com a presença contínua e empática da terapeuta, com condições emocionais de estar junto e acolher, a mãe pôde contar com alguém para dividir e nomear esta angústia e permanecer ali com a filha.

Durante o processo de acompanhamento das mães e bebês, observa-se a necessidade de realizar combinações que estruturam o atendimento, mantendo a flexibilidade do *setting*. O processo transferencial e contratransferencial tende a emergir de forma mais intensa e primitiva. No entanto, a técnica interpretativa não é o foco, mas sim a compreensão e a sua utilização na manutenção do *setting*. Um exemplo foi o encontro entre terapeuta e Lúcia na porta do elevador do hospital. O constrangimento de Lúcia era evidente, por se encontrar no mesmo ambiente que a terapeuta. Compreendendo o estado emocional da mãe, a terapeuta opta por subir pela escada e encontrar-se com Lúcia no *setting* da UTI. Com esta atitude, a terapeuta age com o intuito de preservar o *setting* e a relação terapêutica.

Neste ambiente, a presença constante da terapeuta, em dias e horários combinados, favorece um vínculo que permite um “estar junto”. A flexibilidade, a atitude, o respeito, a pessoa do terapeuta, a constância, são mais importantes que a atividade interpretativa, pois, em um ambiente como o da UTI Neonatal com mães no puerpério e em uma situação emocional traumática, a interpretação poderia ser encarada como mais uma invasão. Este *setting* internalizado e estruturado oferecido pelas terapeutas sustenta o vínculo desenvolvido entre mãe e terapeuta. Este vínculo também é observado através de trocas sensoriais que vão além das palavras. No atendimento a Lúcia, por exemplo, a terapeuta refere que muitas vezes se sentia em comunicação com ela pelo olhar. Algo muito sutil para ser descrito. O início e o fim das sessões eram marcados por trocas de olhares e não por verbalizações: *Chego na UTI e me direciono à incubadora. Não vejo Lúcia, a procuro e, quando olho para a porta, vejo que ela está chegando. Ainda do lado de fora da UTI, ela encontra o meu olhar e nos cumprimentamos de longe. Para que Lúcia chegue até mim, ainda precisa passar por obstáculo, como vestir o jaleco e lavar as mãos. Mesmo de longe, já está iniciada a sessão.*

Novamente, neste cenário, o corpo mostra-se mais falante do que a própria fala, o que nos remete a Winnicott uma vez mais: “É possível observar que estou levando vocês para um lugar onde a verbalização perde todo e qualquer sentido” (1968, p. 81).

Assim como a mãe, através de um simples gesto espontâneo de bloquear o



sol com a mão, as terapeutas, com sua presença suficientemente contínua, também puderam exercer essa função de filtrar os raios de sol que adentram a UTI, bem como tornar um pouco menos invasivo o ambiente da unidade, que frequentemente afeta negativamente os bebês e suas mães. Neste trabalho de psicanálise extramuro, as terapeutas assumem uma posição itinerante, adaptando-se às necessidades da dupla, amenizando a interrupção ora para o bebê, ora para a mãe. *Estávamos na sala de mães, pois estava em curso um procedimento na sala de Marina. Chega uma mãe muito triste falando sobre seu bebê e a necessidade de cirurgia. Ela não sabe que sou psicóloga, pois estou com um jaleco igual ao de Lúcia. Esta mãe despeja em mim e em Lúcia uma ansiedade muito grande. Lúcia tenta acalmá-la, porém a mãe chora [...] Depois retornamos para o lado da incubadora de Marina e observamos juntas esta mãe entrar na UTI. Sinto os olhos de Lúcia buscando os meus, cúmplice da dor partilhada.*

Por meio deste relato, percebe-se que as terapeutas devem ser itinerantes, para poderem acompanhar o movimento elíptico do sol que muda de posição ao longo do dia.

Nesta árdua função de ir ao encontro das necessidades da dupla, as terapeutas se vêem no desafio de manter bem afinado seu *setting* interno, para que o *setting* físico externo possa tornar-se suficientemente flexível. Em um dos atendimentos de Marina e Lúcia, por exemplo, a terapeuta permaneceu agachada, mantendo-se à altura da mãe, que segurava seu bebê sentada em uma cadeira. O mais interessante nesta situação é que a terapeuta estava tão ligada às necessidades da dupla que só foi perceber que estava com suas pernas amortecidas ao encerrar o atendimento e levantar-se, relatando que sentiu medo de cair no chão. Identificada com uma função materna, a terapeuta desinveste em seu próprio corpo, para poder investir nesta dupla.

O tempo de atendimento é adequado a cada caso. Pode ser reduzido, como no caso de Rafaela, que solicitou que ficasse sozinha com sua filha no primeiro dia em que iria amamentá-la. Em outros, o tempo teve que ser estendido, pois o bebê apresentava alguma emergência clínica em que a presença da terapeuta fazia-se fundamental para auxiliar na manutenção da mãe, enquanto os médicos faziam a manutenção do bebê. Ainda destacam-se os momentos em que o bebê tornava-se o foco dos atendimentos, ou até mesmo a equipe, que também podia contar com a presença constante das terapeutas para “desabafar” algumas projeções em relação às mães, bebês e outros membros da equipe.

Neste contexto, também se questiona quem é o paciente. Seria a mãe? O bebê? Membros da equipe? Talvez não haja um paciente identificado e sim um conjunto de pessoas que fazem parte do ambiente inicial deste bebê e que também



merecem ser cuidadas. As diferentes peças fundamentais para a manutenção da vida do bebê neste ambiente (mãe, máquinas, equipe e o bebê) por vezes são encontradas, desmembradas e dissociadas. Por esta razão destaca-se a importância de uma intervenção ir sutilmente unindo estas partes desmembradas e amenizando o impacto deste encaixe, construindo um ritmo suficientemente contínuo para esta diáde. Assim, as terapeutas deparavam-se com a difícil tarefa de abrandar estes diversos raios solares, na tentativa de servirem como um filtro, que protege sem impedir a ação dos raios que aquecem.

A partir destas vivências e do contato com a realidade destas mães e bebês, o grupo se questiona em que momento se pode considerar os prematuros bebês plenos. São considerados bebês prematuros aqueles nascidos com menos de trinta e sete semanas (Cunningham et al., 2000; Ramos, Martins-Costa, Valério, Müller, 2006; Organização Mundial da Saúde (OMS), 2006). No entanto, há uma ampla gama de condições clínicas possíveis. Dependendo do grau de prematuridade, supõe-se que não podem ser considerados bebês do ponto de vista físico, pois não são capazes sequer de respirar sozinhos e, portanto, sustentar a própria vida. E do ponto de vista emocional? Em que momento podemos identificá-lo como um bebê em plena condição para a vida? Seria ele um feto fora do útero, que, fora do seu habitat natural, mostra não ter ainda condições de sobreviver sozinho? Talvez devêssemos chamá-lo de “protobebê”, algo entre a vida fetal intrauterina e a vida extrauterina.

Winnicott (1975) destaca que é difícil estabelecer um limite preciso de quando o feto se torna uma pessoa do ponto de vista psicológico. No entanto, destaca que, assim como as crianças que tiveram um tempo prolongado de gestação mostram alguns sinais específicos, o bebê prematuro também mostra debilidades por ter tido um tempo menor de gestação.

Assim, afirma que o momento certo para a criança nascer, do ponto de vista psicológico, assemelha-se a sua completude física, ou seja, após nove meses de existência intrauterina.

Em um dos casos que foi atendido, esse momento pôde ser encenado de forma muito rica e significativa para o entendimento deste processo de “continuar-a-ser” destes bebês interrompido pelo parto. Segue um trecho da sessão relatado pela terapeuta quando o bebê tinha mil e trezentas gramas e dois meses de vida: *A mãe conta que sua filha está muito agitada. Percebo que a bebê está enrolada em uma fralda, como se fosse uma contenção, parecendo estar muito incômoda. Ficamos em silêncio observando. Olhar Marina acordada me passa uma sensação muito boa. Vejo ela bem bebê, vejo vida em seu movimento. Os pais parecem muito felizes e orgulhosos. Marina se mexe muito, e a mãe diz que ela parece uma*



*minhoca e como uma minhoca ela vai se contorcendo muito dentro da fralda, ergue a coluna, ergue a cabeça, levanta a perna [...] É tanto movimento que da contenção escapa um braço e logo o outro e com seus dois braçinhos empurra a fralda para baixo. Para mim, parece uma linda borboleta saindo de um casulo. A mãe diz: “Parece que ela esta nascendo, saindo do útero, deve ter sido assim [...]” Eu sorrio e digo a ela que sim, que pensei algo parecido, mas a mim pareceu uma borboleta saindo do casulo. O pai me olha espantado e diz com emoção: “Nossa, eu também pensei isso”.*

A partir desse relato refletimos sobre as condições físicas necessárias ao bebê para que possa sustentar emocionalmente este “segundo” nascimento. Embora já sejam capazes de despertar emoções fortes nos outros, como foi visto no início do trabalho, qual a real capacidade que têm de uma experiência de troca com o outro? Druon (1997), através de sua experiência, destaca que o bebê precisaria atingir em torno de dois mil e quinhentos gramas para que tivesse um estado somático satisfatório. Somente a partir de então poderia atingir alguma consensualidade e interagir com sua mãe. Enfatiza esse momento, mesmo entendendo que, antes deste peso, os bebês já evidenciam emocionalidade, expressa, segundo a autora, através das sensações-emoções do terapeuta.

Embora a autora atribua um peso específico para tal condição, através da nossa experiência pudemos evidenciar bebês menores que mostram habilidade de interagir, assim como o exemplo de Marina que estava com mil e trezentos gramas quando nasceu, aos olhos do pai e da terapeuta, como uma borboleta. Assim, percebemos a singularidade de cada caso. Cita-se um dito popular que diz: *cada um tem seu momento de morrer*. Sendo assim, é possível supor que cada um tem seu momento de nascer também. Respeitando a singularidade de cada dupla, nos propusemos a acompanhar estas situações dentro do ambiente neonatal.

## **Considerações finais**

Levando-se em conta esse percurso que as terapeutas vivenciaram, chega o momento de poder digerir todas estas experiências, o que aprendemos com elas, de alguma forma as transformando em conhecimento e avanço. Mais uma tarefa difícil, pois neste momento voltamos a nos vestir com roupas da teoria psicanalítica, para que, junto com estas experiências vivenciadas, possamos avançar na própria teoria e técnica. Para isso contamos com uma metodologia que sustenta o *Método Bick* e que agora é respaldada pelos *grupos de trabalho* criados pela International Psychoanalytical Association (IPA) para fins de pesquisa em psicanálise (Canestri,



2010; Faimberg, 2010; Séchaud, Frisch, Bleger, 2010; Tucket, 2010). Com a aplicação desta metodologia, é possível discutir o material dos pacientes, incluindo diferentes olhares sobre os mesmos fenômenos, o que proporciona uma rica discussão que resulta em ideias teóricas e técnicas relevantes.

Uma das reflexões fundamentais despertadas por este trabalho é a de que, frente a um ambiente que já se mostra demasiadamente intrusivo e estimulante, é necessário que alguém busque abrandá-lo. Assim, as terapeutas vivenciaram a sua função terapêutica mais voltada à compreensão emocional e à sustentação para esta dupla do que a uma intervenção terapêutica interpretativa, sustentada pela palavra. Enfatiza-se que, neste momento, o cuidado do ambiente ameniza o impacto de uma realidade que quebra a continuidade de ser. Não há como um vínculo ser sustentado somente pela palavra. Como foi mostrado ao longo do trabalho, retornamos a um momento da vida que é mantido, principalmente, pela relação sensorial.

Destaca-se que todas as incompetências comuns dos bebês – desamparo, imaturidade, não integração – se exacerbam no bebê prematuro, tornando sua sobrevivência ainda mais difícil. O contato físico, básico da relação inicial mãe-bebê, é interdito. Neste período inicial, a mãe desempenha uma função de objeto continente das angústias de seu bebê. Bick (1968) refere que este papel da mãe é vivenciado pelo bebê, concretamente, como uma pele que o mantém unido e que a situação ótima seria o mamilo do seio na boca do bebê e a mãe que aconchega, fala e tem um cheiro familiar. Com base nesta necessidade de contato, destaca-se a importância da técnica utilizada nestas intervenções. Através de uma estruturação de *setting* e da preocupação com o manejo firme, mas flexível deste, é possível oferecer à mãe continuidade e referência, um objeto continente, para que ela, por sua vez, possa oferecê-las ao seu bebê.

As terapeutas conectaram-se com os bebês e com suas mães no nível regressivo em que as mães costumam se relacionar com seus bebês. Este nível de comunicação permite conectar-se com as necessidades do bebê – angústias, fome, frio e dor – e atendê-las. Em geral, a equipe oferece-se como conhecedora destas necessidades. Este conhecimento, no entanto, é baseado em dados estatísticos generalizáveis a todos os bebês em faixas etárias e em pesos semelhantes. Torna-se uma preocupação das terapeutas possibilitar que as mães possam assumir o papel que, por excelência, é delas. A inclusão da mãe no atendimento ainda é recente, e acreditamos que os profissionais poderiam usufruir mais de sua presença para um atendimento mais individualizado ao bebê. Além disso, cabe lembrar que o trabalho das terapeutas, com seu olhar qualificado, valorizou o papel da mãe, tanto do ponto de vista do desenvolvimento do bebê quanto na proposta de



intervenção nos cuidados aqui apresentada. Ao reconhecer a mãe como uma aliada no processo clínico, acredita-se que a medicina venha, de fato, a suprir o que o bebê necessita.

A impossível tarefa de segurar o sol com a mão inclui também a possibilidade de fazer sombra. Aprendemos com o gesto de Lúcia, ao proteger os olhos de sua filha, que nós, terapeutas, também teremos que fazer sombra diante da intensidade “solar” que atinge a UTI Neonatal. No decorrer do nosso trabalho, observamos a necessidade de sermos flexíveis e espontâneas, contando com um *setting* internalizado. Devemos permitir que nosso sensório sinta, mas que também nossa mente analise e organize estas vivências de um ambiente potencialmente intrusivo. Desta forma, pensamos que será possível oferecer o ambiente facilitador ao desenvolvimento emocional destes bebês. □

## Abstract

### **The impossible task of holding the sun with your hand**

Imagine an environment with bright lights, disordered noises, strong odor and unknown people. It is this scenario that some babies spend their first days or months of life. Through the experiences of parent-infant intervention in an NICU (Neonatal Intensive Care Unit), this paper aims to show the journey of a group of therapists who started from the appropriation and understanding of the environment to discover identity and therapeutic function. Thus, the group could create a form of treatment and make some technique innovative suggestions for this context.

Keywords: Prematurity. Intervention. Technique; Bick Method.

## Resumen

### **La imposible tarea de tomar el sol con la mano**

Imagínese un ambiente con luces intensas, ruidos desordenados, olores fuertes, personas desconocidas. Algunos bebés pasan sus primeros días o meses de vida en este escenario. A través de las experiencias de Intervención Padres-Bebé en un CTI Neonatal, el presente trabajo tiene como objetivo mostrar el recorrido de un grupo de terapeutas que partieron de la apropiación y comprensión del ambiente

para el descubrimiento de la función e identidad terapéutica, con algunas sugerencias técnicas innovadoras para este contexto.

Palabras llave: Prematuridad. Intervención. Técnica. Metodo Bick.

## Referências

- BICK, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *Int. J. Psychoanal.*, v.45, n.4, p.558-566.
- \_\_\_\_\_. (1967). *Collected papers of Martha Harris and Esther Bick*. London: Clunie, 1987.
- \_\_\_\_\_. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *Int. J. Psychoanal.*, v. 49, p.484-486.
- CANESTRI, J. (2010). Grupos de trabalho sobre questões teóricas. *Rev. Bras. Psicanál.*, v.44, n. 3, p.43-52.
- COHEN, M. (2003). *Sent before my time: A child psychotherapist's view of life on a neonatal intensive care unit*. London: Karnac.
- CUNINGHAM, F. G.; McDONALD, P. C.; GANT, N. F. et al. (2000). *Williams obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- DRUON, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo da criança, em UTI neonatais In: LACROIX, M. B.; MONMAYRANT, M. (Org.). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 139-148.
- FAIMBERG, H. (2010). Método “a escuta da escuta”. *Rev. Bras. Psicanál.*, v. 44, n. 3, p. 33-41.
- LAZAR, R. A.; RÖEPKE, C.; ERMANN, G. (2006). Aprender a ser: observación de un bebé prematuro. *Rev. Int. Observ. Lact y sus Aplica.*, v.5, p.25-50.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (2006). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionado a saúde*. CID 10. São Paulo: Edusp.
- RAMOS, J. G. L.; MARTINS-COSTA, S. H.; VALÉRIO, E. G. et al. (2006). Nascimento pré-termo. In: FREITAS, F; MARTINS-COSTA, S. H; RAMOS J. G. L. et al. *Rotinas de obstetrícia*. Porto Alegre: Artmed, p. 78-90.
- SÉCHAUD, E.; FRISCH, S.; BLEGER, L. (2010). A especificidade do tratamento psicanalítico hoje. *Rev. Bras. Psicanál.*, v. 44, n. 3, p.53-64.
- TUCKET, D. (2010). O que são grupos de trabalho e o que podem fazer? *Rev. Bras. Psicanál.*, v. 44, n. 3, p.15-32.
- WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 269-285.
- \_\_\_\_\_. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 459-481.
- \_\_\_\_\_. (1956). Preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 491-498.
- \_\_\_\_\_. (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe e a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: *O bebê e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- \_\_\_\_\_. (1969a). A experiência mãe-bebê de mutualidade In: WINNICOTT, C; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.195-202.
- \_\_\_\_\_. (1969b). Fisioterapia e relações humanas. In: WINNICOTT, C; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.



A impossível tarefa de segurar o sol com a mão

---

- \_\_\_\_\_. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.  
\_\_\_\_\_. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.  
\_\_\_\_\_. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Recebido em 11/05/2011

Aceito em 31/05/2011

**Nara Amália Caron**

Avenida Carlos Gomes, 1286 – Sala 301  
90480-001 – Porto Alegre – RS – Brasil  
e-mail: nacaron@portoweb.combr

© Revista de Psicanálise – SPPA