 Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Mestrado/Doutorado em Psicologia Clínica

Linha de Pesquisa: Processos de Saúde e Doença em Contextos Institucionais

**Márcia Pinheiro Schaefer**

*Bolsista FAPERGS*

**Psicoterapia mãe-bebê:  
uma intervenção no contexto da prematuridade**

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, dezembro de 2015

**Márcia Pinheiro Schaefer**

**Psicoterapia mãe-bebê:  
uma intervenção no contexto da prematuridade**

Dissertação apresentada como  
exigência parcial para a obtenção do  
título de Mestre em Psicologia  
Clínica do Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia da  
Universidade do Vale do Rio dos  
Sinos – UNISINOS

Orientadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, dezembro de 2015

S294p

Schaefer, Márcia Pinheiro

Psicoterapia mãe-bebê : uma intervenção no contexto da prematuridade / por Márcia Pinheiro Schaefer. – 2016.

111 f.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2016.

“Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tagma Marina Schneider Donelli.”

1. Prematuridade. 2. Intervenção psicoterápica.  
3. Mentalização. 4. Interação mãe-bebê. I. Título.

CDU: 159.9-055.52

Catálogo na Publicação:  
Bibliotecário Alessandro Dietrich - CRB 10/2338

Dedico este estudo à minha família,  
João, Rafael e Giovanna, fonte de  
inspiração para esta jornada e para a  
busca de novos caminhos.  
Por vocês e para vocês.

## **Agradecimentos**

Agradecer é um ato de reconhecimento àqueles que possuem papel importante em nossa história, seja pessoal ou profissional. Há os que nos tocam pelas vivências afetivas a que nos remetem e os que compartilham emoções, frustrações, sonhos e ideais; todos, igualmente importantes, se fazem presente nesta caminhada.

Agradeço ao meus pais, Inaldo (in memoriam) por ter me despertado o gosto pela leitura e pelo conhecimento, e Ieda, por acreditar e sempre me dizer que o dom da escrita está em mim: sem estas duas características, este trabalho jamais teria se concretizado.

Ao meu esposo João, que aceitou o desafio de ser meu parceiro nesta jornada, me oferecendo a liberdade necessária para uma produção científica; a meus filhos, Rafael e Giovanna, que me instigam a crescer, para dar o melhor de mim, como mãe e profissional.

À Sheyla Maria Borowski, que acreditou no meu desejo de trabalhar com mães e crianças bem pequenas e me orientou por estes caminhos. Ao ESIPP, instituição que me acolheu e à qual pertença, que me proporciona espaço para continuar sonhando.

Agradeço também à minha orientadora Tagma, que com seu jeito maternal e respeitoso me acolheu e permitiu que eu voasse longe; dos sonhos e interesses compartilhados surgiu uma grande admiração e o desejo de continuar nesta caminhada junto ao CER bebê.

À Gabrielle, Giana e Vera que amavelmente aceitaram fazer parte deste estudo através de suas generosas contribuições, tornando-o ainda mais consistente.

À Isabel e Tatiana, amigas queridas que a vida se encarregou de colocar novamente em meu caminho profissional: o meu muito obrigada pela imensa generosidade em me propiciarem a descoberta do universo de uma UTIN.

Agradeço ainda às mães e seus bebês que participaram deste estudo e que, dividindo comigo suas intimidades, reforçaram minha convicção de que em última instância, o que nos torna humanos é nossa capacidade de nos apaixonarmos mutuamente.

E às minhas “amizades protetivas”, Adriana, Jéssica, Carolina e Kamêni, que me mostraram que um mestrado pode ser muito mais divertido e feliz do que eu imaginava: e que seja para a vida, o nosso lema “ao infinito e além”.

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já tem a forma do nosso corpo e esquecer os nossos caminhos, que nos levam aos mesmos lugares. É tempo de travessia. E se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos”.*

*Fernando Pessoa*

## Sumário

<i>Resumo</i> .....	12
<i>Abstract</i> .....	13
<i>Apresentação da Dissertação</i> .....	13
<i>Seção I</i> .....	16
<b>Resumo</b> .....	16
<b>Abstract</b> .....	17
<b>Introdução</b> .....	18
Função reflexiva e capacidade de mentalização materna.....	20
Psicoterapia breve pais-bebê: uma proposta de intervenção em UTIN.....	22
<b>Método</b> .....	28
Delineamento.....	28
Participantes .....	28
Procedimentos e instrumentos .....	29
Análise dos dados .....	31
<b>Resultados e Discussão</b> .....	33
Caso 01– Ana e Luísa.....	34
a) Compreensão dos próprios pensamentos e sentimentos.....	35
b) Compreensão dos pensamentos e sentimentos do bebê .....	37
c) Percepção do próprio funcionamento mental .....	38
d) Percepção do estado mental do bebê .....	38
e) Representações sobre si mesma.....	39
f) Representações sobre o bebê.....	40
Caso 02 - Deise e Vitor .....	40
a) Compreensão dos próprios pensamentos e sentimentos.....	41
b) Compreensão dos pensamentos e sentimentos do bebê .....	43
c) Percepção do próprio funcionamento mental .....	44
d) Percepção do estado mental do bebê .....	45
e) Representações sobre si mesma.....	46
f) Representações sobre o bebê.....	47
Síntese dos casos cruzados .....	48
<b>Considerações finais</b> .....	54
<b>Referências</b> .....	56



<i>Seção II</i> .....	64
<b>Resumo</b> .....	<b>64</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>65</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>66</b>
<b>Método</b> .....	<b>70</b>
Delineamento.....	70
Participantes .....	70
Procedimentos e Instrumentos.....	72
Análise dos Dados .....	74
<b>Resultados e Discussão</b> .....	<b>76</b>
Caso 01– Ana e Luísa.....	77
a) Experiências interativas anteriores à intervenção.....	78
b) Experiências interativas durante a intervenção .....	80
c) Experiências interativas posteriores à intervenção .....	81
Caso 02 - Deise e Vítor .....	82
a) Experiências interativas anteriores à intervenção.....	83
a) Experiências interativas durante a intervenção .....	84
b) Experiências interativas posteriores à intervenção.....	86
Síntese dos casos cruzados .....	87
<b>Considerações finais</b> .....	<b>89</b>
<b>Referências</b> .....	<b>91</b>
<i>Considerações Finais da Dissertação</i> .....	<i>97</i>
<i>Referências da Dissertação</i> .....	<i>101</i>
<i>Apêndices</i> .....	<i>103</i>
<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>104</b>
<b>Apêndice B – Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos</b> .....	<b>105</b>
<b>Apêndice C - Entrevista de História de Vida da Mãe</b> .....	<b>108</b>
<b>Apêndice D - Entrevista de Estória da Internação</b> .....	<b>109</b>
<b>Apêndice E – Resolução do Comitê de Ética</b> .....	<b>110</b>
<b>Apêndice F - Checklist para Avaliação Clínica da Mentalização</b> .....	<b>111</b>

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Características das díades participantes.....	28
<b>Tabela 2</b> – Escores do <i>Checklist</i> – caso 1.....	40
<b>Tabela 3</b> – Escores do <i>Checklist</i> – caso 2.....	48
<b>Tabela 4</b> – Características das díades participantes.....	71
<b>Tabela 5</b> – Avaliação IAP – caso 1.....	82
<b>Tabela 6</b> – Avaliação IAP – caso 2.....	86

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

<b>UTIN</b>	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
<b>W.W.W.</b>	Watch, Wait and Wonder
<b>COREQ</b>	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UNISINOS</b>	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
<b>IAP</b>	Interaction Assessment Procedure

## **Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade**

### **Resumo**

As interações mãe-bebê são relevantes na psicanálise por influenciarem na constituição da personalidade, quando participam as potencialidades do bebê e as condições psíquicas maternas. A prematuridade, com internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), geram na mãe sentimentos de fracasso e incertezas, afetando a construção do vínculo primário. Objetivou-se compreender as repercussões de uma intervenção psicoterápica realizada com duplas mãe-bebê prematuro, durante a internação em UTIN, sobre a função reflexiva e capacidade de mentalização materna, e sobre a interação mãe-bebê. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, de intervenção, de caráter exploratório e descritivo, através de estudo de casos múltiplos, com duas etapas: antes e após a intervenção. Participaram duas mães e seus bebês prematuros, internados na UTIN do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre, RS. Utilizou-se antes da intervenção, a Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, Entrevista de História de Vida da Mãe e Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê; e após, Entrevista de História da Internação e Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê. Os resultados apontaram mudanças na função reflexiva e na capacidade de mentalização materna, repercutindo diretamente na interação mãe-bebê. Concluiu-se que o estudo contribuiu para a aplicação de intervenções que enfoquem as relações iniciais mães-bebês prematuros em UTIN.

Palavras chave: Prematuridade, intervenção, mentalização, interação mãe-bebê,

## **Mother- baby psychotherapy: An intervention in the context of prematurity**

### **Abstract**

The mother-infant interactions are relevant in psychoanalysis for influence in the formation of personality, when attending the baby potential and maternal mental conditions. Prematurity, with admission to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), the mother generate feelings of failure and uncertainties affecting the construction of the primary bond. This study aimed to understand the repercussions of a psychotherapeutic intervention performed with double early mother-infant during admission to NICU, over reflective function and capacity of maternal mentalizing, and the mother-infant interaction. We conducted a qualitative research, intervention, exploratory and descriptive, through multiple case study with two stages: before and after the intervention. Attended two mothers and their premature babies admitted to the NICU of Maternal Child Hospital Presidente Vargas in Porto Alegre, RS. It was used before the intervention, the Socio-Demographic and Clinical Data Sheet, Interview Story of Mother Life and Free Interaction Filming Mother -Baby; and after, History Interview Admission and Free Interaction Filming Mother -Baby. The results showed changes in reflective function and the ability of maternal mentalizing, reflecting directly on the mother-infant interaction. It was concluded that the study helped to implement interventions that address the early relationships premature babies, mothers in the NICU.

Keywords: Prematurity, intervention, mentalization, mother-infant interaction.

## **Apresentação da Dissertação**

A presente dissertação de mestrado objetivou compreender as repercussões de uma intervenção psicoterápica realizada com duplas mãe-bebê prematuro, durante a internação em UTIN, sobre a função reflexiva e capacidade de mentalização materna, e sobre a interação mãe-bebê. A escolha pelo tema ocorreu pela constatação, ao longo de 20 anos de prática clínica da pesquisadora, do adoecimento emocional cada vez mais precoce de crianças em tratamento psicoterápico, e em sua maioria, relacionados a disfunções nas interações pais-bebê.

Também da prática clínica de 13 anos com psicoterapias conjuntas pais-bebê, surgiu o desejo de ampliar a atividade profissional para a prevenção e promoção da saúde. Buscando aliar os conhecimentos clínicos adquiridos a uma possibilidade de intervenção precoce pais-bebê, esta dissertação propõe um olhar aprofundado para as interações primárias mãe-bebê, enfocando as capacidades maternas para o estabelecimento de uma comunicação diádica positiva; não desconsiderando a importância paterna neste processo, optou-se por incluir apenas a mãe, tomando-a como representante de um ambiente facilitador no qual os processos de crescimento natural do bebê e as interações com o mesmo possam evoluir (Winnicott, 1968/1987).

Neste sentido, a opção por trabalhar com bebês prematuros internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ocorreu pela possibilidade de intervenção na origem da formação dos laços afetivos. Por outro lado, dados do Ministério da Saúde brasileiro (2011) apontam a prematuridade como a principal causa da mortalidade infantil no primeiro mês de vida, e a prevalência de 11,7% de partos prematuros em relação a todos os partos realizados no país (índice equivalente a países de baixa renda), torna-a um importante problema de saúde pública (Ministério da Saúde, 2011; UNICEF, 2013).

A proposta de uma intervenção consolidou-se como fundamental a partir de um estudo de revisão sistemática elaborado no decorrer deste processo, que visou conhecer a produção científica nacional e internacional sobre as intervenções realizadas com pais e bebês prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e que enfocam ou englobam o vínculo pais-bebê. Nesta, foram encontrados apenas 11 artigos, compostos por autores de diferentes áreas, prioritariamente com delineamento quantitativo e que tiveram predominantemente a díade mãe-bebê como participantes; em apenas dois estudos ocorreu a participação de psicólogos, justificando a necessidade de uma maior inserção destes profissionais em pesquisas, especialmente de cunho qualitativo (Schaefer & Donelli, submetido).

Outro dado relevante refere-se aos objetivos dos estudos, onde 45,5% destes, não priorizou o desenvolvimento do vínculo pais-bebê a partir da intervenção proposta, almejando melhorias fisiológicas e, secundariamente, a formação de laços afetivos. Tal constatação, aliada ao vasto número de artigos descartados (2159) por se relacionarem a intervenções que envolvessem o vínculo pais-bebê prematuro em UTIN sugerem que, embora se reconheça a relevância da formação de vínculos afetivos positivos entre pais e bebês para o desenvolvimento global deste, boa parte das pesquisas ainda voltam-se às necessidades básicas de sobrevivência e prevenção de sequelas orgânicas, embora os índices mundiais de mortalidade infantil, incluindo a prematuridade venham diminuindo consideravelmente nos últimos anos, e no Brasil, passando de 22,5% em 2005 para 14,40% em 2014 (IBGE, 2015; Schaefer & Donelli, submetido).

Assim, contemplando os interesses expostos acima, produziu-se este trabalho que está composto por duas seções, onde se distribuem os artigos empíricos resultantes da pesquisa realizada. Na Seção I, localiza-se o artigo intitulado “Função reflexiva e capacidade de mentalização materna em contexto de prematuridade: repercussões a

partir de uma intervenção em UTIN”, que objetivou compreender como uma intervenção psicoterápica realizada com duplas mãe-bebê prematuro, durante a internação em UTIN, repercute na função reflexiva e na capacidade de mentalização materna.

Na Seção II, encontra-se o artigo denominado “Repercussões de uma intervenção psicoterápica na interação mãe-bebê prematuro” que visou compreender as repercussões de uma intervenção psicoterápica na interação mãe-bebê, quando a criança é prematura e está hospitalizada. Optou-se por desenvolver dois artigos empíricos para promover o aprofundamento científico dos dados obtidos, diante da complexidade do tema em questão.

Após estas seções, encontram-se as considerações finais desta produção, bem como as reflexões e as conclusões desencadeadas ao longo desta travessia.



## Seção I

### **Função reflexiva e capacidade de mentalização materna em contexto de prematuridade: repercussões a partir de uma intervenção em UTIN**

#### **Resumo**

As interações primárias mãe-bebê e suas repercussões na formação do psiquismo são amplamente estudadas pela Teoria do Apego e pela psicanálise, através da formação do apego. Atualmente, a função reflexiva e a capacidade de mentalização materna destacam-se como determinantes na instauração de um apego seguro, responsável pela constituição de relações afetivas positivas, influenciando no desenvolvimento do psiquismo infantil. O estudo objetivou compreender como uma intervenção psicoterápica realizada com duplas mãe-bebê prematuro, durante a internação em UTIN, repercute na função reflexiva e na capacidade de mentalização materna. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, de intervenção, de caráter exploratório e descritivo, através do estudo de casos múltiplos, com avaliações antes e após a intervenção. Participaram duas mães e seus bebês prematuros, internados na UTIN do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre, RS. Os instrumentos usados antes da intervenção foram a Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, Entrevista de História de Vida da Mãe e após, a Entrevista de História da Internação. Como subsidio à análise qualitativa, utilizou-se o Diário Pessoal, e para a construção do manuscrito, seguiu-se o protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*. A análise dos dados se deu através de seis eixos temáticos: a) *Compreensão dos próprios pensamentos e sentimentos*; b) *Compreensão dos pensamentos e sentimentos do bebê*; c) *Percepção do próprio funcionamento mental*; d) *Percepção do estado mental do bebê*; e) *Representações sobre si mesma*; e f) *Representações sobre o bebê*. Os resultados apontaram mudanças na função reflexiva e na capacidade de mentalização maternas, favorecendo a formação de vínculos propícios ao desenvolvimento do bebê. Os achados sugerem que o estudo pode contribuir para a aplicação de intervenções em UTIN que enfoquem as relações iniciais entre mães e bebês prematuros em UTIN.

Palavras chave: Apego, mentalização, intervenção

**Reflective function and capacity of maternal mentalizing in prematurity context:  
repercussions from an intervention in NICU**

**Abstract**

The mother-infant primary interactions through the formation of attachment and its repercussions in shaping the psyche are widely studied by psychoanalysis. Currently, the reflective function and maternal mentalizing ability stand out as decisive in establishing a secure attachment, in charge of building positive emotional relationships, influencing the development of the child psyche. The study aimed to understand how a psychotherapeutic intervention performed with double early mother-infant during admission to NICU, affects the reflective function and the ability of maternal mentalizing. We conducted a qualitative research, intervention, an exploratory and descriptive character through the study of multiple cases, with evaluations before and after the intervention. Attended two mothers and their premature babies admitted to the NICU of Maternal Child Hospital Presidente Vargas in Porto Alegre, RS. The instruments used before the intervention were the Socio-Demographic and Clinical Data Sheet, Interview Story of Mother's life and after, Interview Story of Hospitalization; as a subsidy to the qualitative analysis, the Personal Diary was used and the manuscript was followed by the Consolidated Criteria protocol for Reporting Qualitative Research (COREQ). Data analysis was carried out through three main themes: a) *Understanding of own thoughts and feelings*; b) *Understanding of the thoughts and feelings of the baby*; c) *The own mental functioning Perception*; d) *The mental functioning of the baby perception*; e) *Representations of itself*; and f) *Representations of the baby*. The results showed changes in reflective function and the ability of maternal mentalizing, favoring the formation of ties conducive to the development of the baby. The findings suggest that the study may contribute to the implementation of interventions in the NICU that address the early relationships between mothers and premature babies in the NICU.

Keywords: Attachment, mentalization, intervention

## **Introdução**

O estudo das interações pais-bebê, no que concerne à psicanálise, vem se difundindo desde Bowlby e sua Teoria do Apego, embora o mesmo não seja considerado por muitos como um representante desta abordagem teórica (Zamberlan, 2002). Primeiro a usar o termo “interação” em 1958 no ensaio “*The Nature of the Child’s Tie to His Mother*” (Brazelton, 1992), Bowlby acrescentou ao constructo Freudiano dominante, onde o desenvolvimento afetivo advinha essencialmente, como um produto da satisfação das necessidades pulsionais orais e fisiológicas, a existência de uma tendência à formação de fortes laços afetivos com uma única pessoa, primordialmente a mãe; uma necessidade básica tão fundamental quanto alimentação e sexo (Bowlby, 1995; Ramires & Schneider, 2010).

A concepção evolucionária de apego o toma como um comportamento biologicamente programado; um sistema de controle homeostático que atua em um contexto composto por outros sistemas de controle comportamentais (Dalbem & Dalbosco, 2005). Entendido como um tipo de vínculo único e significativo com a figura de apego (geralmente a mãe), dele surgirá um senso de segurança advindo do conhecimento sobre a disponibilidade e sensibilidade maternas, fortificando a relação mãe-bebê; e as sensações de conforto que emergem daí, formarão uma base segura para as explorações posteriores, repercutindo ao longo da vida (Bowlby, 1979/1997; Dalbem & Dalbosco, 2005).

Tomando emprestado da etologia a ideia da existência de mecanismos inatos específicos da espécie, esta teoria considera a existência de comportamentos de apego como: a sucção, o agarrar, o chorar e o sorrir, os quais visam obter ou manter proximidade, interação e comunicação, mesmo que à distância, com a mãe (Brazelton, 1992; Dalbem & Dalbosco, 2005). À medida que a criança estabelece relações seguras,

desenvolverá sistemas comportamentais flexíveis que permitirão a adaptação a novas situações. Assim, a relação diádica positiva está associada à segurança do apego no primeiro ano de vida, assim como à menor reincidência de problemas sócio emocionais e cognitivos nos anos pré-escolares (Zamberlan, 2002).

Em pesquisa voltada à análise das características das interações iniciais mãe-bebê, feita com 30 díades, configurou-se um índice geral de atividades interativas, sendo as maternas definidas por falar, sorrir, vocalizar, olhar, tocar o bebê e atribuir significado; e as do bebê, por olhar e tocar a mãe, mamar, vocalizar e olhar o ambiente. Destacou-se ainda, a variedade de ajustes comportamentais maternos efetivados a fim de melhorar a relação diádica e a apropriação materna das comunicações dos filhos, dando a elas um significado, as interpretando de acordo com suas referências e emitindo respostas a partir desta interpretação (Lucia, Moura, & Seabra, 2004).

Estes atos, integrantes de um sistema de comportamento de apego complexo, constituirão um modelo interno de funcionamento que culminará na construção das representações mentais das experiências infantis associadas às percepções do ambiente, de si mesmo e das figuras de apego. Estas representações se generalizarão nas expectativas pessoais, dos outros e do mundo em geral, influenciando diretamente na constituição da personalidade. Após construídas, as representações tendem à continuidade e à atuação a nível inconsciente, embora ocorram atualizações graduais destes modelos conforme o desenvolvimento emocional e cognitivo (Dalbem & Dalbosco, 2005; Ramires & Schneider, 2010).

Assim, considera-se fundamental a experiência de mutualidade entre o bebê e a mãe (Winnicott, 1990), que participam desta complexidade interacional que emerge, se organiza e se modifica através da evolução e de eventos sociais inerentes ao desenvolvimento subsequente de ambos (Brazelton, 1992; Zamberlan, 2002). Neste

sentido, torna-se essencial a produção de estudos que examinem e identifiquem as condições em que esta interação se estabelece, considerando tanto as competências maternas como as potencialidades do bebê (Zamberlan, 2002).

### **Função reflexiva e capacidade de mentalização materna**

Ao retomar o conceito de representação mental e sua implicação na formação do psiquismo, Bowlby resgata o tema proposto por Freud ao falar de afasias em 1891, quando usava *Vorstellung* (representação) para designar aquilo que se representa e forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento e, especialmente, a reprodução de uma percepção anterior (Munhoz, 2009). Ressalta-se que, dada a complexidade das teorias pulsional e a do apego, e considerando os objetivos deste estudo, serão elegidos apenas alguns tópicos teóricos relevantes à discussão proposta aqui.

Os estudos sobre o apego desenvolveram-se em três fases: a primeira, expressa pelas observações de Bowlby de primatas não humanos e a estudos com crianças separadas dos pais e em ambientes não familiares; e a segunda, voltada às observações naturalistas da interação mãe-bebê nos lares de Kampala (Uganda) e em Baltimore (Maryland), feitas por Ainsworth (Main, 2000). Demarcando a terceira fase, encontram-se os estudos realizados por Main e colaboradores, que evidenciaram empiricamente a forte correlação entre representações maternas calcadas no relacionamento com seus próprios objetos primários e o comportamento de apego dos seus bebês (Fonagy, 2000; Ramires & Schneider, 2010).

Assim, a construção das representações mentais foi concebida como o resultado das trocas interativas seguras, significativas e emocionais entre pais e filhos, que se tornarão esquemas mentais, conscientes e inconscientes, representativos do *self* e do objeto, e formarão a base da regulação emocional e comportamental nas relações interpessoais (Zanatta & Benetti, 2012). Estas evoluem conforme o desenvolvimento

psíquico, formando-se primariamente a partir de sequências comportamentais ligadas à satisfação de necessidades, adquirindo uma forma intermediária alicerçada na percepção de características descritivas ou funcionais específicas do objeto e atingindo a seguir, uma forma mais simbólica e conceitual de representação de objeto (Zanatta & Benetti, 2012).

Mais recentemente, a Teoria do Apego tem sido um dos pilares que influencia os estudos de Fonagy e colaboradores, sobre a função reflexiva e a capacidade de mentalização (Enzink & Fonagy, 2015). Ambos os termos são intercambiáveis e se referem à percepção de si e dos outros como seres psicológicos, considerando os estados mentais (pensamentos, sentimentos, intenções, desejos e motivações) implícitos aos comportamentos (Ensink, Fonagy, Normandin, Berthelot, & Biberdzic, 2015).

A função reflexiva, compreendida como uma aquisição desenvolvimental, resulta da qualidade do vínculo primário mãe-bebê, que permite à criança responder ao comportamento alheio, significando-o e compreendendo o que se passa na mente dos outros; se os pais entendem as comunicações e necessidades do bebê, exercem sua função reflexiva, dando suporte ao estado mental da criança (Slade, 2005; Viegas & Ramires, 2012). E se as experiências relacionais primárias ocorrerem em um contexto de apego seguro, oferecem à criança um espaço para constituírem-se como alguém detentor de um mundo interior próprio e capaz de imaginar o mundo interno dos outros, através de sua capacidade de mentalização (Ensink et al., 2015).

A capacidade de mentalização irá se desenvolver a partir da função reflexiva, através do processo de o bebê haver experimentado a si mesmo na mente do outro durante a infância, num contexto de apego seguro, condição essencial para seu amadurecimento (Viegas & Ramires, 2012). Consiste assim, na capacidade para compreender a si próprio tanto quanto o comportamento dos outros em termos de

estados e intenções mentais, sendo a base da auto regulação das emoções (Bateman & Fonagy, 2006; Newman & Stevenson, 2008; Viegas & Ramires, 2012).

A mentalização é considerada também, uma construção profundamente social à medida que o sujeito permanece atento aos estados mentais daqueles que o cercam, tanto física como psicologicamente (Bateman & Fonagy, 2006). Diante da complexidade destes conceitos, grande parte dos transtornos mentais envolverá em maior ou menor grau, redução ou instabilidade na função reflexiva e na capacidade de mentalização, pela interpretação equivocada que a mente faz das experiências vividas (Bateman & Fonagy, 2006; Eizirik & Fonagy, 2015).

Desta forma, concebendo que as experiências primárias pais-bebê serão a base para a formação destas capacidades, a função reflexiva e a capacidade de mentalização parental tornam-se cruciais para o desenvolvimento emocional da criança e justificam novos estudos nesta área. Portanto, faz-se necessária a elaboração de intervenções para auxiliar pais em contextos adversos, como o da prematuridade, a aprimorarem suas capacidades e através delas, estabelecerem relações de apego seguro com seus bebês, já que estes precisam de cuidados referentes à saúde, à formação de seu psiquismo e ao meio em que se encontram, conforme a concepção atual de saúde, vista como uma questão integral e biopsicossocial (Medeiros & Bernardes, 2005).

### **Psicoterapia breve pais-bebê: uma proposta de intervenção em UTIN**

O interesse crescente pelo estudo das interações iniciais e suas repercussões na formação do psiquismo infantil, tem ampliado as possibilidades de intervenções precoces voltadas à avaliação, orientação e tratamento, enfocando principalmente a díade mãe-bebê, a relação pais-filhos e a análise de fatores associados ao vínculo afetivo. Embora o tema esteja presente desde os estudos pioneiros psicanalíticos, a

psicoterapia pais-bebê e sua técnica tornaram-se mais conhecidas a partir da década de 70, com as publicações de Cramer, Fraiberg, Lebovici e Palacio-Espasa (Pinto, 2000).

Tendo como um de seus pioneiros Bertrand Cramer, a terapia conjunta pais-bebê formou-se principalmente através dos trabalhos de Spitz sobre o tratamento de crianças que sofreram privação materna, de Mahler com crianças psicóticas, e das análises das psicoterapias de crianças pequenas realizadas por Diatkine e Simon (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Pinto, 2000). Considerando que os bebês, isto é, crianças com menos de 24 meses de vida, ainda não tem a palavra como principal instrumento de comunicação e de representação, o tratamento volta-se mais para a interação do que para o indivíduo (Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

A psicoterapia pais-bebê originou-se através da necessidade de investigação da intensa mobilização psíquica parental e da rapidez com que ocorrem mudanças subjetivas, interativas e sintomáticas na tríade pai-mãe-bebê no puerpério. O período pós-natal é delimitado por um funcionamento psíquico peculiar, onde há a redistribuição dos investimentos parentais que outrora se ligavam aos próprios objetos internos, ou a aspectos do *self*, e que agora serão depositados na criança (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997).

Retrospectivamente, os primeiros estudos sobre o tratamento centravam-se no comportamento do bebê, ou do adulto cuidador, sem focar a interação que ocorria entre ambos. Mais recentemente, crendo que a interação é bidirecional e pressupõe a existência de dois parceiros ou dois fenômenos que reagem reciprocamente, o processo interativo passou a ser compreendido como um sistema complexo que abrange o funcionamento parental, as contribuições do bebê e as contribuições do terapeuta (Wendland, 2001).

Fraiberg, Adelson e Shapiro (1975), impulsionados pelo reconhecimento do



potencial social inato do bebê e de seu papel ativo já nas primeiras interações com os pais, revolucionaram a abordagem psicoterápica de mães e bebês. Trazendo pela primeira vez a criança à sessão, levaram à criação de terapias mais diretas e modelos comportamentais que incluíssem a interação pais-filho (Philipp, 2012).

A psicoterapia psicanalítica pais-bebê, desenvolvida a partir daí, inclui a criança no tratamento e objetiva promover uma melhora nas representações negativas parentais, entendidas como registros internos, fantasiados ou não, da experiência interativa de estar com alguém (Stern, 1997). O mundo representacional será o primeiro elemento a ser examinado por determinar a natureza do relacionamento com o bebê, focando principalmente na experiência da maternagem, levando à maior incidência de tratamentos com a díade mãe-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997), e tendo como principal objetivo a redução das projeções parentais sobre a criança e mudanças na interação pais-bebê (Philipp, 2012).

Embora as representações parentais usualmente sejam o foco destas psicoterapias, a criança e suas relações são incluídas indiretamente no processo, pouco considerando a importância de sua acessibilidade e proximidade física à mãe. Deste modo, não abarcam a forma como as crianças utilizam a atividade lúdica para buscar, através de sua própria experiência, o desenvolvimento relacional (Tuters, Doulis, & Yabsley, 2011).

Modificando esta concepção, Mahrer, Levinson e Fine, em 1976, sugeriram que a criança se tornasse a guia do tratamento levando à criação, em Toronto, nos anos 90, da técnica psicoterápica pais-bebê *Watch, Wait and Wonder (W.W.W.)*, que propõe que a criança guie os pais na sessão, através de sua brincadeira espontânea e não direcionada, enquanto estes a observam e deixam-se conduzir na interação que se estabelece (Cohen, Muir, & Lojkasek, 1999; Cohen, Muir, & Lojkasek, 2006).

Tendo como constructo teórico a psicanálise, configurou-se como uma abordagem centrada na Teoria do Apego e objetiva melhorar a interação pais-bebê, favorecendo um apego seguro na criança; promover a capacidade parental para observar e refletir sobre o significado do comportamento do bebê; fornecer à criança uma experiência de auto regulação das emoções; e proporcionar que pais e filhos descubram sozinhos, novas formas de interação, evitando a repetição intergeracional de padrões de apego inseguro (Newman & Stevenson, 2008). Em última instância, a *W.W.W.* visa melhorar a sensibilidade parental, sua função reflexiva e a ou capacidade de mentalização (Fonagy, 1999).

Sua técnica requer a presença de um dos pais, e se concentra nas iniciativas da criança para estabelecer uma comunicação ativa. A sessão divide-se em duas etapas: na primeira a mãe (considerando que frequentemente é quem está presente), sentada no chão, coloca-se fisicamente acessível para observar as atividades lúdicas da criança, e interage apenas quando esta tomar a iniciativa, a fim de exercitar o reconhecimento e a aceitação do comportamento espontâneo e não direcionado do bebê (Tuters, Doulis, & Yabsley, 2011). O terapeuta, em um papel menos interativo, mas não menos interessado e curioso, senta-se ao chão mais afastado da díade e, refletindo sobre as interações que presencia, suporta e valida a experiência materna (Cohen et al., 2006).

No segundo momento, a mãe é convidada a falar sobre sua observação da atividade lúdica ou sobre a experiência emocional vivida naquele período, tornando-se mais conhecedora sobre a criança, sem necessitar de aconselhamento ou *insight* (Cohen et al., 2006; Tuters et al., 2011). Assim, a *W.W.W.* reforça a capacidade materna de responder à atividade da criança com um gesto recíproco, tornando-a não intrusiva, permitindo a evolução das potencialidades do bebê enquanto se sente mais competente como cuidadora, capaz de ler e compreender as pistas que sua criança fornece (Cohen et

al., 2006).

Considerada uma intervenção recente, a *W.W.W.* tem sido muito utilizada em contextos clínicos. Buscando a validação desta proposta de tratamento, foram efetuados dois estudos: no primeiro, realizado com 67 díades mãe-bebê, de caráter longitudinal, quantitativo e comparativo entre dois grupos recebendo intervenções psicoterápicas psicodinâmicas distintas (a *W.W.W.* e a psicoterapia pais-bebê original, centrada nas representações), os resultados apontaram que as díades submetidas à *W.W.W.*, apresentaram maiores mudanças referentes ao tipo de relação de apego, que se tornou mais organizado ou seguro; houve melhoras cognitivas e na regulação das emoções; maior satisfação e habilidade no exercício da maternidade e diminuição da depressão materna (Cohen et al., 1999).

Na pesquisa seguinte, de seguimento de seis meses após os tratamentos com a *W.W.W.* e a Psicoterapia Pais-Bebê (centrada nas representações), que abrangeu 58 das 67 díades do estudo anterior, os resultados demonstraram que os efeitos positivos observados no primeiro estudo se mantiveram. As díades submetidas à *W.W.W.* apresentaram vantagens persistentes relacionadas à melhora materna no manejo de tensões entre a díade, resultado da inclusão direta da criança como guia do tratamento (Cohen, Lojkasek, Muir, Muir, & Parker, 2002).

Em revisão sistemática realizada para este trabalho, foram encontrados apenas 11 artigos internacionais alusivos à *W.W.W.*, todos em contexto clínico e destes, dois tiveram como ênfase distúrbios maternos específicos como depressão pós-parto e transtorno borderline (Chen & Lee, 2013; Newman & Stevenson, 2008). Um introduziu o vídeo das sessões como auxiliar ao tratamento (Tucker, 2006); outro aplicou os princípios da *W.W.W.* a grupos de pais e crianças (French, 2011); um terceiro aplicou a *W.W.W.* a famílias e suas crianças, associada a uma técnica denominada *Lausane*

*Family Play Paradigm* para melhorar a relação socioafetiva (Philipp, 2012); e os demais se detiveram em explorar a efetividade da *W.W.W.* em contexto clínico (Cohen et al., 1999; Cohen et al., 2002; Cohen, Lojkasek, & Muir, 2002; Muir, 1992; Rance, 2005; Tutters et al., 2011).

Neste sentido, destaca-se a importância de mais pesquisas, em diferentes âmbitos, que explorem o alcance desta técnica, já que, em um estudo feito com 60 díades atendidas em grupos focais para tratar distúrbios maternos pós-parto, constatou-se que a observação direta da mãe sobre as manifestações do bebê permite ao terapeuta criar conexões entre a experiência materna e o comportamento infantil, aumentando a reciprocidade e a responsividade díadica, e deflagrar as influências das relações transferenciais maternas (Paris, Spielman, & Bolton, 2009). Esta mesma necessidade se aplica a estudos ligados a técnicas voltadas ao desenvolvimento da função reflexiva e da capacidade de mentalização, pois é a terapia da mentalização para pacientes com transtornos de personalidade borderline (Eizirik & Fonagy, 2009), o método de tratamento atual que possui maior suporte empírico.

Assim, inspirado nos princípios da *W.W.W.*, este estudo propôs uma intervenção adaptada à UTIN a fim de favorecer a interação mãe-bebê prematuro, também composta por duas fases: a primeira, de 15 minutos, a mãe junto ao bebê (no colo ou na incubadora), observa sua criança e responde às ações interativas da mesma enquanto é acompanhada do olhar atento e interessado do terapeuta; na segunda, também de 15 minutos, mãe e terapeuta (juntos à criança) falam sobre as percepções e a vivência materna daquela experiência.

Tomando a interação pais-bebê como a primeira via para as relações de apego da criança, e a necessidade de se explorar contextos adversos através de intervenções precoces para além do tratamento de sintomas, esta pesquisa elegeu como foco os bebês

prematturos e suas mães, considerando-a como representante de um ambiente facilitador no qual os processos de crescimento natural do bebê e as interações com o mesmo possam evoluir (Winnicott, 1968/1987). Objetivou-se desse modo, compreender como uma intervenção psicoterápica realizada com duplas mãe-bebê prematturo, durante a internação em UTIN, repercute na função reflexiva e na capacidade de mentalização materna.

## Método

### Delineamento

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa de intervenção, de caráter exploratório e descritivo, constituída por um estudo de casos múltiplos (Gil, 2010), composto de duas etapas, antes e após a intervenção, realizada no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre, RS.

### Participantes

Participaram do estudo, duas díades mãe-bebê, caracterizadas conforme tabela 1, quando a criança se encontrava internada na UTIN do Hospital colaborador. Os participantes foram eleitos por conveniência, mediante indicação do corpo clínico da unidade considerando critérios previamente definidos, sendo incluídas apenas as mães, por terem maior disponibilidade de tempo para estar com o bebê durante a internação, em função do período de licença maternidade.

**Tabela 1**  
*Características das díades participantes*

Mãe	Idade	Escolaridade	Classe econômica familiar <sup>a</sup>	Bebê	IG <sup>b</sup>	Peso ao nascer
1 Ana	38	Ensino médio completo	B1	Luísa	32 semanas	1775 g
2 Deise	21	Ensino médio incompleto	C1	Vitor	32 Semanas	1690 g

<sup>a</sup> Conforme classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013), numa escala com oito níveis que vão de E (baixa) a A1 (alta).

<sup>b</sup> Idade gestacional do bebê ao nascer

A mãe deveria: ser maior de 18 anos; já ter recebido alta hospitalar e apresentar dificuldades de aproximação, permanecendo pouco tempo junto ao bebê e evitando tocá-lo; manifestar irritabilidade ou choro frequente; ser autodeclarada não usuária de drogas; e não possuir transtornos psiquiátricos ou doença mental grave. Já o bebê teria que: ter nascido entre 32 a 36 semanas; não ser de gestação gemelar; estar internado há pelo menos 3 dias; não estar em uso de respirador artificial; e não possuir sequelas neurológicas, más formações, síndromes ou diagnósticos indefinidos.

Optou-se por este grupo de crianças prematuras, considerando que bebês nascidos antes deste período, passam por uma reorganização fisiológica, quando geralmente não suportam muita estimulação e rapidamente se tornam fatigados e desorganizados. Além disso, apesar de terem riscos no desenvolvimento, normalmente desenvolvem boa saúde física, sem sequelas neurológicas, distúrbios sensoriais ou outras patologias que frequentemente ocorrem em crianças prematuras de alto risco (Pinto, 2009). Todos os participantes residiam no estado do Rio Grande do Sul e as mães haviam recebido alta quando se iniciou os procedimentos para aplicação da intervenção.

Para este estudo, foram contatadas outras duas díades indicadas, que não puderam ser incluídas: na primeira, o bebê se encontrava em processo de alta, não havendo tempo hábil para os procedimentos estabelecidos. E na segunda, a mãe não autorizou a filmagem da criança, inviabilizando a aplicação de um dos instrumentos previstos.

### **Procedimentos e instrumentos**

Após a indicação da dupla, realizou-se um contato inicial com a mãe para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e a seguir, preencheu-se a Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos (Apêndice B) para confirmar critérios de inclusão e dados gerais sobre a família e a gestação. Em outro encontro, aplicou-se a Entrevista de História de Vida da Mãe (Apêndice C), para conhecer as percepções maternas infantis e atuais, e a Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê durante 30 minutos, para análise da interação comportamental e afetiva da díade.

Na fase seguinte, aplicou-se a intervenção em horários previamente agendados; a pesquisadora, com formação em psicoterapia de crianças e experiência clínica superior a 10 anos em psicoterapia pais-bebê, foi também a terapeuta e responsável pela aplicação dos demais instrumentos, e relatou de forma dialogada os encontros para análise posterior. No dia da alta do bebê, aplicou-se à mãe a Entrevista de História da Internação (Apêndice D), para conhecer suas percepções acerca da internação e da intervenção, e reaplicou-se a Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê.

A díade Ana e Luísa (caso 1) permaneceu 17 dias no hospital e as intervenções, em um total de quatro, ocorreram sem interrupções em uma sala reservada, destinada a entrevistas de familiares; em todas elas, a mãe mantinha a filha no colo. A díade Deise e Vítor (caso 2) permaneceu 25 dias no hospital e as intervenções, em um total de oito, ocorreram na unidade de internação do bebê, e em muitas delas, o bebê ficou na incubadora; o período de intervenções foi permeado por interrupções do corpo clínico e por adversidades como um incêndio no setor que levou à superlotação da sala e ao confinamento dos bebês à incubadora por três dias consecutivos.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente. Durante todo processo, utilizou-se um Diário Pessoal para registrar a rotina e as impressões da

pesquisadora para complementação dos dados, porém não foi possível a filmagem das intervenções devido às limitações de espaço físico para a instalação dos equipamentos e à interferência nos procedimentos médicos que estes gerariam. Cabe ressaltar que este artigo, derivado da dissertação intitulada “Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade” irá referir-se apenas a três instrumentos (Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, Entrevista de História de Vida da Mãe e Entrevista de História da Internação) utilizados no estudo maior, considerando os objetivos propostos inicialmente.

Para o desenvolvimento deste manuscrito, foram utilizadas como referência as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Salienta-se ainda que o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, sob o nº CAAE 39254314.0.0000.5344, o qual obteve aprovação (Resolução 183/2014) (Apêndice E), estando em conformidade com as exigências éticas e metodológicas esperadas de uma pesquisa com seres humanos.

### **Análise dos dados**

A análise dos dados deste estudo ocorreu inicialmente pela construção de uma avaliação individual dos resultados de cada caso, mediante o levantamento dos dados obtidos através dos instrumentos selecionados, considerando como indicador de mudança, a função reflexiva e a capacidade de mentalização materna. Assim, a Entrevista de História de Vida da Mãe e a Entrevista de História da Internação foram analisadas através do *Checklist* (Apêndice F) para Avaliação Clínica da Mentalização (Apêndice F), um instrumento que visa avaliar a capacidade de mentalização, considerando quatro temas: percepção do próprio funcionamento mental, percepção dos



pensamentos e sentimentos dos outros, representação do *self* e valores e atitudes gerais (Bateman & Fonagy, 2006). Este é um instrumento que oferece um sistema de escores simples e de fácil aplicação, possibilitando uma avaliação global da capacidade de mentalização a partir da análise parcial de cada tema, gerando categorias denominadas: Muito Alto, Bom, Moderado ou Pobre (Viegas, 2009; Faccini, 2001).

Estas entrevistas também foram analisadas de forma global, qualitativa, e dessa análise emergiram seis eixos temáticos, inspirados nos constructos teóricos que embasam os conceitos de função reflexiva e capacidade de mentalização, denominados de: a) *Compreensão dos próprios pensamentos e sentimentos*, para conhecer as percepções maternas sobre as próprias emoções e pensamentos a partir das vivências passadas, antes e após a intervenção; b) *Compreensão dos pensamentos e sentimentos do bebê*, para conhecer as percepções da mãe sobre o bebê e entender a relação entre vivências maternas e a construção do conhecimento acerca da criança; c) *Percepção do próprio funcionamento mental*, para avaliar a capacidade materna de conceber-se e de prever interações considerando seus traços; d) *Percepção do estado mental do bebê*, para avaliar as concepções maternas sobre o bebê; e) *Representações sobre si mesma* para investigar a autoimagem materna e suas influências no exercício da maternidade; e f) *Representações sobre o bebê*, para analisar as representações maternas sobre o bebê e suas influências na formação do vínculo da díade. Inicialmente os casos foram construídos individualmente considerando suas particularidades e após, desenvolveu-se uma síntese, através do cruzamento entre estes, buscando a comparação entre suas semelhanças e divergências (Yin, 2010).

Para complementar a análise dos eixos temáticos, foram usados três temas do *Cheklis*: i) *compreensão dos pensamentos e sentimentos dos outros*, utilizado para compreender como as vivências infantis maternas influenciaram em suas percepções e

emoções atuais, contempladas no primeiro eixo temático; *ii) percepção do próprio funcionamento mental*, utilizada para a construção do eixo temático de mesmo nome; e *iii) representação do self*, utilizado na análise para compreender as representações maternas sobre si mesma. O tema *valores e atitudes gerais* do *Checklist*, não foi utilizado para análises parciais por não contemplar as discussões dos eixos propostos, porém foi incluído na análise global dos resultados.

Para fins de fidedignidade dos achados, considerando que a terapeuta também era a pesquisadora, a análise do *Checklist* foi realizada em dois momentos, antes e após a intervenção, por dois juízes independentes que não conheciam os procedimentos e a proposta da pesquisa. Mediante consenso, foi emitido um parecer final com os resultados encontrados.

Ao término do levantamento dos dados, cada caso foi construído individualmente. Para essa construção, também foram utilizadas as informações do Diário Pessoal da pesquisadora. Almejando uma análise de alta qualidade e confiabilidade dos achados deste Estudo de Casos Múltiplos, realizou-se posteriormente o cruzamento dos dados obtidos para tornar as considerações finais dos achados, convincentes e acuradas, permitindo um estilo corroborativo de pesquisa (Yin, 2010).

## **Resultados e Discussão**

É peculiar à análise dos resultados em pesquisas de intervenção, considerações acerca da influência do tempo e dos aspectos desenvolvimentais que podem intervir nos achados, principalmente quando os participantes são bebês recém-nascidos. Contemplando esta concepção, este estudo conceberá o desenvolvimento como um conjunto de funções instrumentais (psicomotricidade, inteligência, aprendizagem, hábitos, socialização e linguagem), construído tanto pela incidência de processos

maturativos de ordem neurológica e genética, como por processos de constituição do sujeito psíquico (Kupfer et al, 2008).

Constituindo a base neurológica consubstanciada na neuroplasticidade cerebral, encontram-se os neurônios espelho, um tipo específico de neurônios visomotores que são ativados diante da observação ou realização de uma ação. E na base dos processos emocionais, onde as experiências infantis primárias são essenciais à regulação e determinação das aquisições próprias do desenvolvimento, a capacidade de empatia e as condutas interativas materna, possibilitam à criança o desenvolvimento da linguagem e da capacidade de mentalização, inicialmente através da imitação (Giglio & Boggio, 2011; Laznik, & Burnod, 2015).

Neste sentido, a adaptação materna à criança em um processo interativo, promove a manutenção de um fluxo neuronal infantil previsível e harmonizado. Sem esta condição, e frente a movimentos rápidos e imprevisíveis materno, a ativação neuronal produzirá um fluxo desestruturado, não interpretável pelos neurônios e a experiência interativa será sentida como dor (Laznik, & Burnod, 2015).

Assim, considerando que a atitude reflexiva materna em relação aos filhos é fundamental para a construção da capacidade de mentalização destes e que, se tratando de bebês prematuros menos desenvolvidos neurologicamente, caberá à mãe a tarefa de iniciar trocas interativas (Camarneiro et al., 2015; Ensink et al., 2015), este estudo tomará como primordial, a função reflexiva e a capacidade de mentalização materna. Desta forma, a intervenção contemplará os aspectos desenvolvimentais da criança, tomando-os como integrantes e constituintes desta relação à medida que influenciam e são influenciados pelas respostas maternas.

### **Caso 01– Ana e Luísa**

Ana é professora, possui 38 anos, reside no estado há três anos e é casada com José, um espanhol de 40 anos. O casal se conheceu na Espanha, onde residiam, e retornaram ao Brasil para ficar com a mãe de Ana, que estava com depressão profunda.

Ana tem dois filhos: um rapaz de 15 anos, fruto de um namoro da adolescência, que foi criado pela avó materna, com quem ainda reside; e Luísa, nascida de 32 semanas de gestação devido à pré-eclâmpsia materna. Há um ano e três meses, teve outra menina prematura e natimorta, no mesmo hospital.

Os relatos das vivências passadas são permeados por fatos traumáticos: aos 18 anos perdeu o pai, aos 20 o irmão mais novo, ambos vítimas de acidente de trânsito; e com 25 anos, um amigo, com quem tinha uma “*amizade colorida (sic)*”. Mostrando-se extremamente ansiosa, chorosa e com dificuldades para permanecer junto à filha na UTIN devido à lembrança constante do bebê falecido, Ana foi indicada para o estudo.

Os primeiros contatos da pesquisadora com a mãe foram impactantes à medida que a mãe, extremamente ansiosa, falava e gesticulava em demasia enquanto sacudia bruscamente a filha como se segurasse uma boneca, sem considerar a fragilidade do bebê. Manifestava também, labilidade de humor, passando do choro à alegria repentinamente; falava alto, mexia constantemente no bebê e não a deixava adormecer.

Luísa, uma menina corada e de traços delicados, era tranquila e tolerante, mantendo-se a maior parte do tempo junto à mãe, dormindo e chorando somente para mamar. Quando acordada, explorava o ambiente, reagia à luminosidade excessiva e apresentava um olhar vivo e curioso, despertando na pesquisadora, sensações agradáveis e um desejo de cuidá-la.

#### ***a) Compreensão dos próprios pensamentos e sentimentos***

Inicialmente a forma como Ana se apresentou nos primeiros contatos, com uma

fala indiscriminada e sem cronologia, gerou estranhamento à pesquisadora. A fim de entender as narrativas da mãe, foram solicitados constantes esclarecimentos, dando à aplicação das entrevistas iniciais, um caráter de entrevista clínica.

Enquanto falava que a infância *“foi maravilhosa (sic)...era muito amada pelo meu pai (sic)”*, Ana dizia: *“...quando bebia ficava assim, ele me batia bem forte, de cinta, com muita raiva da gente...(sic)”*. Da mãe, falava que *“a nossa relação era muito bonita...(sic)”*, embora sentisse: *“...é como se eu não tivesse um canal de comunicação com ela...a minha mãe e as minhas irmãs são uma corrente e eu faço parte, mas sou uma corrente desativada...(sic)”*.

As visíveis contradições e a sensação inicial da pesquisadora sugerem que há vivências traumáticas infantis ligadas à violência familiar e à perda paterna. Evitando estas lembranças, Ana usava a dissociação, tendo a imagem do pai idealizada e a da mãe, ligada a conflitos relacionais; tal funcionamento suscita déficits na capacidade de mentalização pela falta de figuras de apego seguro, que podem ter sido fonte de medo e insegurança (Ensink et al., 2015), embora tivesse score Bom nesta categoria no *Checklist* (tabela 2).

Após a intervenção, detectou-se adequação de afetos no relato da experiência na UTIN, sentida como: *“...uma coisa meio difícil...me assustô porque nunca tinha entrado na UTIN (sic)”*, assim como nas expectativas frente à alta: *“...eu não ia sabê como tratá um bebê prematuro...tenho no fundo meus receios, mas nada que uma boa mãe não saiba programá pro filho pra dá tudo certinho...(sic)”*. Nota-se que Ana pode, através do vínculo com o corpo clínico e a intervenção, mobilizar recursos internos alterando seu padrão de apego, ampliando a função reflexiva e vivenciando relações positivas com a filha (Ensink et al., 2015; Ramires & Schneider, 2010); esta condição, vista no *Checklist*, indicou mudanças quanto à abertura para a descoberta, elevando o

escore de Bom para Muito Alto, conforme tabela 2.

***b) Compreensão dos pensamentos e sentimentos do bebê***

Revelando pouca sensibilidade e falta de identificação primária com a filha, Ana transformava a etapa anterior à intervenção, em horas ansiogênicas para a pesquisadora. Enquanto erguia Luísa sem segurar sua cabeça que pendia para os lados, beijava-a e esfregava os narizes ferozmente, sem deixá-la adormecer.

A falta de intimidade e a incapacidade para entender as comunicações do bebê, revelaram-se na amamentação, quando Luísa dormia e Ana insistia: “...*não vai querê? Que danada, não gosta desse lado* (com a boca no bico do seio, Luísa seguiu dormindo, imóvel)...*eu sei que você não está mais dormindo, não me engana (sic)*”. A dificuldade materna para decifrar as expressões da filha, indica a inexistência da *Preocupação Materna Primária*, um estado exacerbado de sensibilidade que leva a mãe a identificar-se com o bebê, reconhecendo e respondendo a ele sem ser invasiva (Winnicott, 1952/2000).

Sabe-se que a vivência do estado regressivo desta fase exige da mulher flexibilidade para circular em diferentes níveis de seu psiquismo, tendo como modelo a própria experiência de cuidados enquanto bebê (Caron & Lopes, 2014). A pouca conexão afetiva de Ana pode advir da falta de figuras de apego seguro, assim como da antecipação do parto, pois é no final da gestação que há a intensificação da sensibilidade; o enlutamento materno também pode ter potencializado as dificuldades iniciais, já que é comum que mães que tiveram perdas anteriores, tenham mais dificuldades em investir em uma nova relação (Freire & Charterlard, 2009).

Após a intervenção, a mãe ficava mais calada, olhando a filha e respeitando suas manifestações, como ao acariciar a mão do bebê que, dormindo, puxou o braço:

“*Calma, tudo bem, já entendi. Não vô ficá te tocando se tu não qué (sic)*”. A postura reflexiva obtida ao final desta etapa e as respostas adequadas às necessidades da filha, mostram que Ana tornou-se menos invasiva, mais sensível e conhecedora dos sentimentos e pensamentos do bebê.

### ***c) Percepção do próprio funcionamento mental***

A análise deste eixo temático revelou que Ana apresentava clareza de pensamentos. Com escore Bom no *Checklist* para capacidade de mentalização antes da intervenção, a mãe percebeu-se semelhante ao pai, reconhecendo padrões transgeracionais de comportamento, dizendo: “*...pode sê que a minha maneira de ser, que é muito parecida com a do meu pai, eu também protegeria meu filho...(sic)*”; assim, revelava seus “*working models*”, termo de Bowlby para nomear modelos internos dinâmicos acerca do mundo e de si próprio que agem na percepção de eventos e previsão do futuro (Silva et al., 2013).

Após a intervenção, Ana melhorou a função reflexiva, adquirindo uma postura auto-inquisitiva observada na expressão: “*Nossa, como é que eu vô pegá ela...eu perguntava pra minha mãe...eles me orientaram a deixá um pouco esse medo...(sic)*”. Esta mudança influenciou nos escores do *Checklist* desta categoria, que evoluiu para Muito Alto.

### ***d) Percepção do estado mental do bebê***

Durante o período anterior à intervenção, destacaram-se distorções significativas relacionadas à percepção materna sobre o bebê e seu estado mental; estas ocuparam a mente da pesquisadora, que se centrava na criança real, muito diferente da visão materna. Na fase inicial as percepções de Ana sobre o estado mental de Luísa

baseavam-se em culpa e frustração, concebendo-a como “...*muito agitada e braba...acho que porque sofreu muito com minha pressão alta na barriga, tadinha...(sic)*”.

Ratificando estudos que falam que a culpabilidade materna pela prematuridade surge para dar logicidade aos fatos e, realçando emoções negativas relativas ao momento (Anjos et al., 2012), falava: “*Toda manhã quando chego, ela tem uma lágrima em cada olho e acho que é porque sente saudade de mim, do meu leite, de ficá comigo (sic)*”. Após a intervenção, Ana via a filha de uma forma mais realista, com menos projeções e identificando seus traços, dizia: “*Acho que é uma menina muito esperta que tá querendo conhecê tudo, esse mundo é desconhecido prá ela, só conhecia a barriga e agora qué vê tudo (sic)*”.

#### ***e) Representações sobre si mesma***

Embora na fase inicial à intervenção a mãe exibisse um discurso confuso, indicava boa função reflexiva, se descrevendo como: “...*muito chatinha, um pouco manhosa...(sic)*”. Reconhecia também, que a superproteção parental por ter bronquite e ser a primeira filha, influenciou em suas representações mentais: “...*acredito que aí existe um excesso de proteção que me atrapalhou como ser humano (sic)*”.

Estas representações, que englobam expectativas, fantasias, medos, sonhos, lembranças infantis e modelos de pais, podem intervir na relação mãe-criança (Cabral & Levandowski, 2011) como expresso por Ana: “...*a minha maneira de ser, que é muito parecida com a do meu pai, eu também protegeria um filho meu...tenho notado que eu protejo meu filho de maneira incorreta (sic)*”. Esta categoria, com escore Moderado no *Checklist*, não se alterou, embora Ana alegasse se sentir boa mãe e apta a lidar com a filha.



### **f) Representações sobre o bebê**

Ao se referir à filha, Ana expressava um tom amoroso que demonstrava admiração, porém, era um desconforto que imperava na pesquisadora pela contradição entre representações maternas e realidade observada. Antes da intervenção, a filha era “...a Lia que reencarnô...o nome da Lia também era Luísa, mas a gente mudô quando ela morreu...a Luísa é muito parecida com a Lia...(sic)”.

A valorização das semelhanças físicas entre os bebês sugere que a mãe, tentando elaborar o luto e preencher uma lacuna emocional, por identificação, via Luísa como substituta da falecida, não a reconhecendo com características próprias (Rebello, 2005). Ao final da intervenção, Ana a fitava detalhadamente, comparando-as e dizendo: “*Eu tava vendo que ela tem a genética do pai. O pé é todo dele...(sic)*”. Assim, nomeando traços reais da filha, Ana iniciara sua grande tarefa materna: a de integrar o bebê imaginário que construía na gestação, com o real (Zavaschi & Brunstein, 2001).

**Tabela 2**  
*Escores do Checklist – caso 1*

Categoria	Escore antes da intervenção	Escore após a intervenção
Compreensão dos pensamentos e sentimentos de outras pessoas	Bom	Muito Alto
Percepção do próprio funcionamento mental	Bom	Muito Alto
Representações do Self	Moderado	Moderado
Valores e atitudes	Bom	Bom
Global	Bom	Muito Alto

### **Caso 02 - Deise e Vitor**

Deise, gaúcha de 21 anos, é casada com Pedro, de 24 anos. Ambos estão juntos há sete anos e são pais de Vitor, que nasceu com 32 semanas de gestação.

Deise teve uma gestação anterior, fruto de um relacionamento passageiro, há aproximadamente dois anos, que foi interrompida por um parto prematuro quando estava com 27 semanas de gestação devido à malformação uterina materna. A menina,

nascida no mesmo hospital e que sobreviveu cerca de 15 dias, veio a falecer por insuficiência renal.

Sua história de vida foi marcada pela separação dos pais, quando tinha 20 anos: a mãe, cansada dos maltratos do esposo, usuário de drogas, mudou-se repentinamente para outro estado, levando consigo os filhos mais novos e deixando Deise e outra irmã para cuidar do pai, o que ocorre desde então. Mãe e filha mantêm restrito contato telefônico e nunca mais se viram.

Próximo e anterior à separação dos pais, Deise vivenciou a perda do avô materno e de um tio também materno e, embora alegasse não ter se importado com a perda, convivia frequentemente com ambos. Do avô, cuidava diariamente, enquanto a mãe trabalhava.

As primeiras impressões ativadas na pesquisadora foram de pouca empatia e distanciamento, parecendo difícil uma conexão afetiva com Deise, diante de um discurso desprovido de afeto e empobrecido. Apresentando uma fala bastante racional e em alguns momentos, confusa cronologicamente, a mãe foi encaminhada para o estudo porque ficava pouco tempo ao lado do filho, parecendo distante e com dificuldades para ligar-se afetivamente ao bebê.

Vitor, um bebê pequeno e magro que permanecia a maior parte do tempo na incubadora, mostrou-se tranquilo e pouco exigente, chorando poucas vezes durante os encontros. Extremamente sonolento, despertou sentimentos ambíguos na pesquisadora: ao mesmo tempo em que instigava certa apatia, gerava preocupação com sua saúde.

#### ***a) Compreensão dos próprios pensamentos e sentimentos***

Os primeiros contatos com Deise foram difíceis, embora se mostrasse disponível para o estudo. Ao responder aos questionários iniciais, mantinha coerência em seu

discurso, mas o mesmo parecia desprovido de afeto, gerando na pesquisadora preocupações referentes à manutenção de uma aliança terapêutica e às capacidades cognitivas e emocionais materna.

Questionada sobre suas emoções, a mãe respondia com uma ou duas palavras, de maneira concreta como: “*a infância foi boa (sic)*”, ou, “*nunca perdi ninguém (sic)*”, ou ainda “*nunca ninguém se separô...só meu pai e minha mãe (sic)*”. Com respostas empobrecidas, expressava também sua pobreza interna, relatando como um fato corriqueiro: “*a minha mãe levô o vô prá casa da irmã dela e foi junto. Disse prá nós que não ia mais voltá porque queria vivê a vida dela e daí nos deixô (sic)*”.

Tais características, aliadas às preocupações iniciais da pesquisadora, sugerem a presença de um funcionamento alexitímico materno, um constructo usado para aqueles sujeitos com grande dificuldade para expressar suas emoções verbalmente, descrevendo e diferenciando sentimentos de sensações corporais; uma capacidade de fantasiar e imaginar extremamente pobre; e um pensamento operacional, baseado no concreto e orientado externamente. Nesta condição, os relacionamentos que se estabelecem são superficiais, podendo gerar sensações emocionais vagas e indiferenciadas, insuficientes para sustentar um relacionamento mais profundo, justificando a contratransferência despertada na pesquisadora (Freire, 2010).

Após a intervenção, Deise mostrou-se mais falante, ainda que não expressasse emoções, como ao relatar seus sentimentos quando lhe diziam que não segurava bebê, pela repetição da prematuridade: “*Eu não dava bola porque, apesar deles comentarem comigo né, eu ficava chateada, mas ao mesmo tempo eu não dava bola né, apesar que ninguém ter a vê com a minha vida né. Nem dava bola, mas mesmo assim eu contava, explicava para eles né (sic)*”. Os relacionamentos empobrecidos se estenderam ao corpo clínico da unidade, quando a mãe, sempre muito silenciosa e sozinha, alegava:

*“Tem algumas que são bem legais, que conversam contigo. Já tem outras que são bem fechadas...Então eu converso mais com as que são mais abertas, que eu já me...que eu sei que...(sic)”*.

A permanência do escore Moderado para esta categoria no *Checklist (tabela 2)*, antes e após a intervenção, reforça a possibilidade de que as dificuldades maternas para expressar e reconhecer emoções e sentimentos, podem estar relacionadas a um padrão de funcionamento mental. É comum aos alexitímicos a impossibilidade de encontrar empatia e expressar os interesses emocionais, que impedem, dificultam ou ainda inviabilizam a reciprocidade do outro (Freire, 2010).

#### ***b) Compreensão dos pensamentos e sentimentos do bebê***

Nos períodos anteriores à intervenção, Deise apresentou grande dificuldade em estar com o bebê, não tolerando segurá-lo durante os 30 minutos da Filmagem de Interação Livre, alegando que *“deu, ele qué voltá pro berço (sic)”*. Por sua vez, a pesquisadora, identificada com a mãe, percebia o desconforto e a falta de intimidade entre ambos, pois os minutos pareciam horas extremamente ansiogênicas, levando ao desejo do término da atividade.

Ao falar das expressões e movimentos de Vitor, a mãe manifestava total desconhecimento do filho e limitava-se a afirmar: *“Não sei o que significa, nem imagino (sic)”*; sem falar ou tocar no bebê, preferia tê-lo na incubadora. Demonstrava assim, uma forte inibição no contato direto, confirmando estudo realizado com 30 díades mãe-bebê prematuro internados em UTIN, que buscou conhecer a qualidade do comportamento interativo na situação face-a-face, onde estas dificuldades relacionavam-se à incompreensão materna dos sinais contraditórios e distorcidos emitidos pelos bebês, decorrentes de sua imaturidade fisiológica (Camarneiro et al.,

2015).

No período posterior à intervenção, a mãe detinha-se por mais tempo com o filho no colo e aparentava curiosidade em compreender as emoções do menino, dizendo: “...acho que não gostô (de ser tocado) porque não qué sê acordado(sic)”. Embora Deise acariciasse, beijasse e falasse com o bebê, a interação diádica era permeada por desconforto e pouca intimidade, expressando dificuldades maternas referentes às próprias vivências primárias, já que a evolução e a continuidade dos vínculos de apego dependem da capacidade materna de retomar suas fantasias de unidade com a própria mãe: Deise dizia não lembrar-se de nada antes dos 10 anos, indicando forte repressão diante de conflitos relacionais na infância (Brazelton, 1992).

### ***c) Percepção do próprio funcionamento mental***

Durante a etapa anterior à intervenção a mãe não apresentava uma postura introspectiva, limitando-se a responder concretamente às perguntas como ao mencionar como se sentia ao ir embora da UTIN: “*Tudo bem. Ele aqui tá bem cuidado, tem tudo que precisa (sic)*”. Tais afirmações suscitavam dúvidas na pesquisadora acerca das capacidades cognitivas materna, pois parecia não compreender as questões: com um escore Pobre (tabela 3) no *Checklist* para esta categoria, exacerbava-se um pensamento concreto e a ausência de autoconhecimento, sugerindo prejuízo da função reflexiva materna.

Esta, entendida como a capacidade do indivíduo em reconhecer e discriminar os estados mentais internos (pensamentos, crenças, desejos e sentimentos) dos externos (referentes ao outro), envolve um *self* reflexivo (autoreflexão) e provêm das experiências primárias de apego, quando os pais são capazes de refletir e nomear os estados emocionais do bebê (Zanatta & Benetti, 2012). Assim, as dificuldades

apresentadas por Deise podem estar relacionadas a uma estrutura familiar conturbada, ou mesmo à presença de maus-tratos na infância (Fonagy, 2000).

Estudos apontam que crianças de 5 a 8 anos que sofreram maus-tratos, exibiam déficits na função reflexiva e na capacidade de mentalização, podendo levar a falhas no processo de integração entre fantasia e realidade (Fonagy, 2000). Embora não afirmasse que fora maltratada na infância, Deise contava sobre a separação dos pais: *“O problema é que meu pai fumava maconha e não respeitava muito ela (mãe). Ela disse que podiam continuá na mesma casa, dormi até na mesma cama, mas ela não queria mais...só que ele não sobe respeitá ela (sic)”*.

Após a intervenção, a mãe mostrou-se mais introspectiva, descrevendo-se como *“muito braba (sic)”* e reconhecendo suas contradições ao receber alta sem o filho: *“Fiquei triste. Triste e ao mesmo tempo contente, porque eu sei que aqui ele tá bem cuidado (sic)”*. Mais próxima da pesquisadora, descrevia também características paternas: *“o pai também é brabo, nem sei quem é mais brabo (sic)”*; a mudança de atitude refletiu no escore do *Checklist* para esta categoria, que passou para Moderado, conforme tabela 3.

#### ***d) Percepção do estado mental do bebê***

As dificuldades maternas apresentadas nos eixos temáticos descritos acima, também se manifestaram nas aproximações iniciais mãe-bebê e na busca pelo conhecimento de Vitor. A falta de iniciativa de Deise para se aproximar do bebê e sua intolerância em segurar o filho, despertava na pesquisadora inquietação e ansiedade diante daquele afastamento afetivo.

Nos encontros anteriores à intervenção, não havia troca de olhares, carinho ou qualquer estimulação por parte da mãe, que levasse a uma troca interativa; Deise

preferia acompanhar o movimento da sala e logo o devolvia à incubadora alegando que “*Deu (sic)*”. O comportamento evitativo para com seu bebê denota um receio em intensificar o vínculo, comum a pais de bebês prematuros diante do medo da morte da criança (Camarneiro et al., 2015) e, neste caso, possivelmente exacerbado pelo luto em que Deise se encontrava.

A lembrança da filha falecida aliada às emoções suscitadas pela permanência de Vitor no mesmo ambiente físico que o da irmã, podem ter inibido os processos iniciais interativos, impedindo à mãe de emitir comportamentos de reconhecimento e aproximação através da estimulação dos sistemas sensoriais do bebê, movimentos produzidos pela mãe e descritos como uma tentativa de conhecimento mútuo, em um estudo realizado com 11 díades que investigou os primeiros laços de aproximação (Rosa et al., 2010). Sem conseguir permanecer ao lado do filho nos primeiros dias, dizia: “*Sabe, quando ele chegô aqui, ficô em um bercinho do lado do que ela tinha ficado e eu me lembrava de tudo e só pensava no que tinha acontecido com ela (sic)*”.

Após a intervenção, a percepção materna acerca do estado mental do filho tornou-se mais evidente e Deise, ainda que de forma bastante restrita, despertava interesse pelos processos mentais deste. Ao vê-lo fazendo caretas ao dormir, falava: “*Acho que ele tá sonhando...às vezes pode sê pesadelo, sei lá (sic)*”.

#### ***e) Representações sobre si mesma***

Os contatos iniciais, anteriores à intervenção, não foram diferentes daqueles descritos até então, reforçando a ideia de que o pensamento concreto compõe o funcionamento mental de Deise. Demonstrando grande pobreza interior no que diz respeito a representações, confirmada pelo escore Pobre no *Checklist*, contava apenas que: “*Namorei desde cedo... gostava de ir a bailes, eu era festera... não lembro de nada,*

*só dos 10 em diante (sic)*”.

A ausência de lembranças das etapas infantis sugere que Deise altera defensivamente sua capacidade para representar estados mentais próprios e dos demais, operando com impressões esquemáticas e imprecisas sobre suas emoções e sensações: quando questionada sobre seu relacionamento com os pais, afirmava; “*era bom (sic)*”, embora fosse incapaz de recordar de qualquer momento feliz ao lado deles. Mantendo uma imagem idealizada dos pais, “*Eles eram bem cuidadosos com a gente (sic)*”, a mãe evitava assim, pensar sobre possíveis desejos parentais de causar-lhe danos, funcionamento característico de crianças maltratadas na infância (Fonagy, 2000).

Embora se descrevesse como uma “*mãezona até o fim, tô sempre ali (sic)*” e se sentisse preparada para cuidar de Vitor após a alta, Deise não apresentou mudanças neste eixo temático após a intervenção e seu score no *Checklist* permaneceu inalterado, conforme tabela 3. Este resultado sugere que suas dificuldades podem ser estruturais e requerem mais tempo de tratamento para serem modificadas.

#### ***f) Representações sobre o bebê***

No período anterior à intervenção, Deise apresentava extremo desconforto em permanecer junto ao filho, utilizando inclusive a rotina da unidade para se afastar: se retirando da sala, alegava que era hora do almoço e as enfermeiras precisavam organizar os bebês, embora não estivesse no horário previsto para a saída dos pais; mantinha-o no berço para conservar a temperatura, ainda que seus sinais vitais estivessem estabilizados. Tais comportamentos geravam irritação e uma profunda sensação de não existência na pesquisadora, que em muitos momentos desejou sugerir à mãe que olhasse para seu bebê, o pegasse no colo ou ainda, que falasse com ele.

A contratransferência despertada na pesquisadora, aliada às verbalizações



maternas quando questionada sobre como percebia seu bebê, quando dizia: “*não sei, nem imagino (sic)*”, sugerem uma dificuldade referente à capacidade de mentalização, oriunda de falhas em suas relações primárias com a mãe, que possivelmente não pode espelhar de maneira satisfatória, as emoções e expressões de Deise. Por sua vez, a mãe não conseguia utilizar suas expressões vocais e faciais também para representar as sensações de Vitor e repetia assim, conflitos transgeracionais ligados ao padrão de apego (Liljenfors & Lundh, 2014; Newman & Stevenson, 2008).

No período posterior à intervenção, Deise mostrou-se mais conhecedora de seu bebê ao afirmar que: “*...ele é bem pequenininho...está bem mais cabeludo, olha só...tem até covinha e aqui...olha a papinha que já tem...(sic)*”. As expressões de preocupação com o tamanho e a fragilidade de Vitor denotam que as representações maternas sobre o filho estão calcadas em estereótipos de prematuridade, passíveis de ocorrerem nestas situações, onde a criança é vista como pouco madura e fisicamente menos capaz (González-Serrano et al., 2012), ainda que estivesse em curso uma percepção mais positiva do mesmo.

**Tabela 3**  
*Escores do Checklist – caso 2*

Categoria	Escore antes da intervenção	Escore após a intervenção
Compreensão dos pensamentos e sentimentos de outras pessoas	Moderado	Moderado
Percepção do próprio funcionamento mental	Pobre	Moderado
Representações do Self	Pobre	Pobre
Valores e atitudes	Moderado	Pobre
Global	Pobre	Moderado

### **Síntese dos casos cruzados**

A partir da análise individual dos casos foi possível a apreciação de características comuns e singulares às experiências compartilhadas de prematuridade e internação em UTIN. Neste sentido, destaca-se que ambas as mães eram casadas,

viviam com seus companheiros, embora pertencentes a classes econômicas familiares diferentes.

As histórias de vida de Deise e Ana também apresentaram semelhanças quanto à presença de perdas e separações. Ana perdeu figuras masculinas significativas (pai, irmão e amigo) que a deixaram abalada e Deise, o avô e um tio próximo e, embora alegasse não ter sofrido com estas mortes, referia que convivia diariamente com ambos.

Ana afastou-se da mãe com aproximadamente 20 anos para morar no exterior e Deise, também aos 20 anos, foi deixada pela mãe para cuidar do pai, por ocasião da separação destes. Em ambos os casos, o casal parental mantinha um péssimo relacionamento, permeado por brigas constantes e ofensas; no caso de Ana, devido ao alcoolismo paterno e no de Deise, pela condição de drogadição do pai.

Estes fatores sugerem que Ana e Deise viveram suas primeiras relações de apego em um ambiente conturbado e possivelmente suas mães, absortas em conflitos pessoais, não se ofereceram como objetos estáveis e previsíveis a seus bebês. Desta forma, o estabelecimento de vínculos de apego seguro mãe-bebê foi possivelmente prejudicado, comprometendo também o desenvolvimento da aquisição da função reflexiva e da capacidade de mentalização das mães deste estudo (Bateman & Fonagy, 2004).

Ambas as mães tiveram perda de um bebê anterior há dois anos do nascimento atual, derivada de problemas físicos maternos, que não foram tratados e que se repetiram na gestação seguinte: Ana tinha pressão alta, levando à pré-eclâmpsia e Deise, malformação uterina. A falta de investimento no auto cuidado materno, levando a gestações posteriores não programadas e interrompidas prematuramente, ratifica a literatura quando aponta que estas mães, quando em nova gravidez, investem pouco na mesma, estabelecendo uma relação objetal distante com o bebê baseada em inseguranças, medos e defesas, pela possibilidade de uma nova perda (Freire &

Charterlard, 2009).

Os bebês, ambos nascidos de 32 semanas de gestação, apresentavam-se em condições fisiológicas semelhantes, embora Vitor tenha permanecido por mais tempo com alimentação via sonda por não apresentar um ritmo de mamadas constantes. Devido a situações adversas externas ao crescimento das crianças, Vitor também esteve por mais tempo na incubadora, apresentando um ritmo de recuperação lento, se comparado a Luísa.

Com relação ao eixo temático *Compreensão dos próprios sentimentos e pensamentos* observou-se que ambas as mães, no período anterior à intervenção, despertaram na pesquisadora sentimentos contratransferenciais intensos. Estes não favoreceram, inicialmente, o desenvolvimento de uma empatia, necessária para a formação de uma ligação emocional com o outro, suscitando dúvidas quanto ao estabelecimento de vínculos consistentes (Godinho, 2015).

Tomando a empatia como uma forma de comunicação que tem seus alicerces nas primeiras relações, o desconforto inicial sentido pela pesquisadora sugere que esta, identificada com os bebês, percebia os *déficits* maternos relacionados à capacidade de compreensão dos estados emocionais dos filhos. Da mesma forma, manifestava-se através da contratransferência, o comprometimento da função reflexiva e da capacidade de mentalização; processos mais complexos que surgem a partir da evolução da empatia (Godinho, 2015).

Após a intervenção, Ana mostrou-se mais conhecedora de seus sentimentos e próxima à pesquisadora, buscando informações sobre o desenvolvimento do bebê e sentindo-se à vontade para falar de seus temores referentes à alta. Desta relação, emergiu uma forte empatia e um desejo de manutenção do vínculo após o estudo, sugerindo que a diminuição do funcionamento reflexivo pode ser decorrente da vivência

traumática da perda anterior a Luísa, do enlutamento persistente e da própria condição de prematuridade (Ensink et al., 2015).

Deise, ao contrário, manteve-se distante, tanto da pesquisadora quanto do corpo clínico da unidade; as escassas expressões de afeto se manifestavam por um olhar mais intenso ou um leve sorriso, levando a crer que suas limitações estavam associadas a uma forma específica de funcionamento mental, a alexitimia. Nestas condições, a comunicação dos afetos e do estado mental dos alexitímicos é muito empobrecida e há fracasso em considerar os demais como fonte de ajuda ou conforto (Rocha, Guerra, & Maciel, 2010).

No eixo temático *Conhecimento sobre os pensamentos e sentimentos do bebê* observou-se a ausência de identificação primária materna com os bebês, tanto em Ana como em Deise, levando-as à não compreensão das necessidades básicas de suas crianças. Houve, portanto, um prejuízo quanto ao desenvolvimento da Preocupação Materna Primária, que implica na exacerbação da sensibilidade materna que a conduz ao conhecimento sobre o bebê (Winnicott, 1952/2000).

Ana, mostrando-se mais eufórica, atribuía a Luísa, pensamentos e sentimentos construídos a partir das próprias projeções e Deise, mais contida, sequer aludia ao filho qualquer processo mental. As dificuldades maternas em usarem a capacidade de mentalização para imaginarem os processos mentais dos filhos, pode referir-se à falta de figuras de apego seguro na infância que gerassem modelos de cuidados satisfatórios, bem como à antecipação da maternidade já que a intensificação da sensibilidade materna ocorre principalmente nos últimos meses de gestação, dos quais ambas foram privadas (Caron & Lopes, 2014).

Com relação ao eixo temático *Percepção do próprio funcionamento mental*, houve grande discrepância entre os achados dos casos. Ana, embora apresentasse

inibição em sua função reflexiva, percebia as influências das relações transgeracionais e descrevia de forma realista sua maneira de ser, indicando boa capacidade de mentalização, evocando suas representações mentais e associando-as à tonalidade afetiva que as envolvia (Marty, 1993).

Deise, por sua vez, manifestava prejuízos na função reflexiva, expressando um discurso concreto que sugeria a presença de um pensamento operatório, peculiar a pessoas com tendências à somatização. Estas personalidades se caracterizam por um déficit representacional que empobrece os sistemas inconsciente e pré-consciente, sobretudo pelo discurso concreto e objetivo (Ferraz, 2010; Marty, 1998).

As diferenças entre as personalidades maternas podem ser as responsáveis pela disparidade entre os resultados obtidos ao longo da intervenção. Ana obteve ganhos significativos ao término do estudo, tornando-se mais consciente do seu funcionamento mental; Deise, embora tenha recebido por mais tempo a intervenção, não alterou suas percepções, sugerindo um comprometimento maior de suas funções egóicas.

No eixo *Percepção do estado mental do bebê* foi comum aos dois casos o desconforto inicial gerado na pesquisadora, ainda que por motivos diferentes. No primeiro, as percepções distorcidas de Ana sobre Luísa deflagravam uma construção mental materna baseada em culpa e frustração, possivelmente relacionadas à prematuridade (Anjos et al., 2012); já no segundo, o comportamento evitativo manifesto por Deise, tornava as trocas interativas difíceis e enrijecidas, que se estenderam também a Vitor.

Embora ambas as mães estivessem em meio a um processo de luto e inicialmente manifestassem a lembrança constante dos filhos falecidos, os achados sugerem que somente no caso de Ana estas lembranças influenciaram fortemente as percepções acerca do estado mental da filha que buscavam dar logicidade ao evento da

prematuridade (Anjos et al., 2012). À medida que o fato se distanciava e Luísa se fortalecia, Ana pode vê-la de forma mais realista.

Deise, por sua vez, ao perceber a evolução de Vitor, pode voltar-se mais ao filho, iniciando um reconhecimento de sua forma de ser. Distanciava-se assim do estereótipo de prematuridade, voltando-se à descoberta das potencialidades da criança (González-Serrano et al., 2012).

Referente ao eixo temático *Representações sobre si mesma*, as análises dos dados demonstram que em nenhum dos casos houve mudanças nos escores do *Checklist* para esta categoria, a partir da aplicação da intervenção. Como se tratam de esquemas mentais, conscientes e inconscientes, formados a partir das primeiras interações pais-bebê, a mudança pode estar atrelada à necessidade de uma vivência terapêutica baseada na transferência e no trabalho interpretativo (Zanatta & Benetti, 2012).

Desta forma, Ana e Deise permaneceram com as mesmas características apresentadas nos contatos iniciais. Ana, manifestando representações sobre si mesma calcadas mais em aspectos reais do que fantasiados e Deise, com extrema dificuldade para expressar-se, denotando um vazio interno decorrente da pobreza representacional.

Já no eixo *Representações sobre o bebê*, Ana partia da lembrança da bebê natimorta para formar suas representações sobre Luísa. Vendo-a semelhante à irmã, falava do luto não elaborado e encontrava razões para investir em um outro relacionamento, ainda que, no período anterior à intervenção, este representasse a continuidade do primeiro, interrompido pela morte prematura da filha (Rebelo, 2005).

Ana, que já apresentara dificuldades em construir sua própria representação mental, também expressava deficiências na capacidade de mentalização e conseqüentemente, em representar em sua mente, seu bebê. Sem deter-se por muito tempo olhando para o filho, tornava-se sofrido ter ainda que ocupar-se mentalmente

dele.

Ainda assim, após a intervenção, ambas as mães obtiveram mudanças quanto às representações sobre os filhos: Ana pode descobrir em Luísa características próprias, e Deise despertou curiosidade em reconhecer seu bebê. Iniciavam assim, o longo processo de integrar o bebê imaginário construído na gestação abruptamente interrompida, com o real (Zavaschi & Brunstein, 2001).

### **Considerações finais**

Considerando os resultados obtidos, constata-se que o estudo propiciou mudanças na função reflexiva e na capacidade de mentalização maternas, promovendo um espaço para o exercício da observação da criança na primeira fase da intervenção e, na segunda, um momento para reconhecer e nomear emoções através do relato da vivência à pesquisadora. A pouca conexão afetiva percebida na fase inicial, pode resultar da impossibilidade de ambas as mães para utilizar como referência, vivências infantis de cuidado e interação, tidas como traumáticas (Eizink et al, 2015).

Neste sentido, destaca-se também que o estado de enlutamento de ambas as mães pode ter contribuído para inibições destas funções, à medida que situações vividas como traumáticas e não elaboradas influenciam diretamente nestas capacidades. Os resultados favoráveis atribuídos à intervenção podem estar relacionados à possibilidade de elaboração do luto à medida que proporcionou às mães, o uso das palavras que têm a função de produzir sentido e criar realidades, tornando-se potentes mecanismos de subjetivação (Bondía, 2002).

Embora a função reflexiva e a capacidade de mentalização, que formam um sistema originário das relações primitivas com os pais, tendam a resistir à mudança e a regular os modelos interativos posteriores, os dados apontam para chances de

transformações. A abertura de um espaço destinado à construção da relação diádica, bem como a presença sistemática de um profissional disponível afetivamente, podem ter contribuído para alterações na função reflexiva e na capacidade de mentalização das mães através de novas experiências também referentes ao meio (Silva et al., 2013), embora no caso dois, os benefícios alcançados com a intervenção tenham sido mais restritos.

Neste sentido, os achados sugerem que em casos onde o funcionamento mental é regido pelo pensamento operacional, os ganhos com a intervenção poderão ser mais restritos ou mesmo nulos. Assim, recomenda-se que novos estudos sejam feitos concebendo a relação entre funcionamento mental materno e efetividade da intervenção aqui proposta, considerando que os déficits na função reflexiva e na capacidade de mentalização materna podem ser considerados fatores de risco para a constituição do psiquismo do bebê.

Como limitações deste estudo, pode ser apontada a ausência de um local destinado à intervenção, onde mãe, criança e pesquisadora pudessem permanecer pelo tempo previsto sem interrupções. Embora o *setting* psicoterápico seja composto tanto pelo ambiente como pela postura do terapeuta, e este tenha se constituído através da constância da pesquisadora no que diz respeito ao cumprimento das combinações realizadas com a mãe, estar em um local restrito à atividade poderia promover e facilitar o desenvolvimento da função reflexiva.

As constantes interrupções, muitas vezes sem explicações, ocorridas durante os procedimentos realizados no caso dois, seja quando o bebê era retirado da mãe durante a intervenção ou mesmo quando este precisou permanecer na incubadora por dois dias devido ao incêndio ocorrido na unidade, podem ter contribuído para os resultados encontrados. Neste contexto, Deise, ao invés de encontrar um ambiente estável e que



lhe transmitisse segurança, deparou-se com a repetição de padrões de apego inseguro, podendo ter intensificado suas dificuldades iniciais.

A possibilidade de outros estudos que englobem a importância da manutenção de relações estáveis e acolhedoras entre corpo clínico e as mães, sem desconsiderar as necessidades inerentes a uma UTIN, tornam-se vitais. Contempla-se assim, a compreensão do valor das trocas interativas entre ambos, especialmente para as mães que tem na formação da maternidade, um período crucial para o desenvolvimento de sua mentalização, agora em uma nova etapa (Eizink, 2015).

Desta forma, a intervenção favoreceu o desenvolvimento da função reflexiva e da capacidade de mentalização materna, repercutindo diretamente na interação mãe-bebê. Tais achados sugerem que o estudo pode contribuir para a aplicação de intervenções neste âmbito hospitalar, que tenham como foco as capacidades maternas para a construção de um vínculo de apego seguro com seus bebês prematuros, em UTIN.

## **Referências**

- Anjos, L.S., Lemos, D.M., Antunes, L. A., Andrade, J.M.O., Nascimento, W.D.M., & Caldeira, A. P. (2012). Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Rev. Bras. Enferm.*, 65(4), 571-7.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev.Bras.Educ.*, (19), 20–28. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>
- Bowlby, J. (1995). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.

- Brazelton, T.B., & Cramer, B.G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cabral, S.A.; Levandowski, D.C. (2011). Representações maternas de mães adultas: relato clínico a partir da Entrevista R. *Psicol. Clín.*, 23 (2), 37 – 52.
- Camarneiro, A. P. F., Alves, C.A.N., Ferreira, A.P.C., & Gomes, A.I.F. (2015). Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Paediatrica*, 40(2), 53–57.
- Cohen, N. J., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., & Parker, C. J. (2002). Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 361–380. Recuperado de <http://doi.org/10.1002/imhj.10023>
- Cohen, N. J., Muir, E., & Lojkasek, M. (2006). Watch, Wait and Wonder: an infant-led approach to infant-parent psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 14(2).
- Cohen, N., Lojkasek, M., & Muir, E. (2002). Watch, wait, and wonder: An infant-led approach to infant-parent psychotherapy. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion*, 35.
- Cohen, N., Muir, E., & Lojkasek, M. (1999). Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 429–451. Recuperado de <http://sundspyskologerna.se/files/Cohen-et-al-1999-WWW.testing-the-effectiveness-IMHjournal.pdf>
- Caron, N.A.; Lopes, R. de C. S. (2014). *Aprendendo com as mães e os bebês: sobre a natureza humana e a técnica analítica*. Porto Alegre: Dublinense.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Dalbem, J. X., & Dalbosco, D. D. (2005). Teoria do apego : bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12–24. Recuperado de <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/40/57>
- Eizirik, M., & Fonagy, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Rev.Bra.Psiquiatr.*, 31(1), 72–5. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/S1516-44462009000100016>
- Ensink, K., Fonagy, P., Normandin, L., Berthelot, N., & Biberdzic, M. (2015). O papel protetor da mentalização de experiências traumáticas: implicações quando da entrada na parentalidade. *Estilos Clín.*, 20(1), 76–91.
- Faccini, A. (2011). *Vínculos afetivos e capacidade de mentalização na alienação parental*. (Dissertação não publicada). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo.
- Ferraz, F. (2010). A somatização no campo da psicopatologia não-neurótica. *Rev.SBPH*, 13(2), 27–28. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582010000200002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582010000200002&script=sci_arttext)
- Fonagy, P. (1999). Apegos patológicos y acción terapêutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Recuperado de <http://www.aperturas.org/4.fonagy.html>
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant–mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387–421.
- Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento? Uma Análise Teórica. *Psic.: Teor.e Pesq.*, 26, 15–24. Recuperado de

<http://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100003>

- Freire, T. C. G., & Charterlard, Daniela, S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Ma -Estar e Subjetividade*, 9, 1007–1022.
- French, N. (2011). Learning to wonder together: a group approach to work with parents and infants in a community setting. *Infant Observation*, 14(1), 75–88. Recuperado de <http://doi.org/10.1080/13698036.2011.552638>
- Giglio, A.C.A., & Boggio, P.S. (2011). Estudo preliminar sobre as bases neurobiológicas da Observação de ações em contexto. *VII Jornada de Iniciação Científica*. Universidade Presbiteriana Mackenzie
- Gil, A. C. (2010). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Godinho, T. J.L.C. G. (2015). Contributos para a compreensão do processo de empatia e do seu desenvolvimento. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10174/14535>
- González-Serrano, F., Lasa, A., Hernanz, M., Tapia, X., Torres, M., Castro, C., & Ibañez, B. (2012). Maternal attachment representations and the development of very low birth weight premature infants at two years of age. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 477–488. Recuperado de <http://doi.org/10.1002/imhj>.
- Kupfer, M.C., Bernardino, L.M.F., Mariotto, R.M., & Taulois (2015). Metodologia IRDI nas creches: um acompanhamento do desenvolvimento psíquico na primeira infância. In M.C. Kupfer & M. Szejer (Orgs). *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp. 35 -47). São Paulo: Instituto Lagage.
- Laznik, M.C., & Burnod, Y. (2015). O ponto de vista dinâmico neuronal sobre as intervenções precoces. In M.C. Kupfer & M. Szejer (Orgs). *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp. 17-35). São Paulo: Instituto Lagage.

- Liljenfors, R., & Lundh, L. (2014). Mentalization and intersubjectivity. Towards a theoretical integration. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 36–60. Recuperado de <http://doi.org/10.1037/a0037129>
- Lucia, M., Moura, S. De, & Seabra, C. (2004). Interações Iniciais Mãe-bebê. *Psicol. Refl. Crí.*, 17(3), 295–302.
- Main, M. (2000). The Organized Categories of Infant, Child, and Adult Attachment: Flexible vs. Inflexible Attention Under Attachment-Related Stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48.
- Maria Clotilde Rossetti Ferreira. (1984). O apego e as reações da criança à separação da mãe: uma revisão bibliográfica. *Cad. Pesqui.*, 48, 3-19.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Medeiros, P. F. De, & Bernardes, A. G. (2005). O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. *Psic.: Teor. e Pesq.* 21, 263–269.
- Muir, E. (1992). Watching, Waiting and Wondering. Applying Psychoanalytic Principles to Mother-Infant Intervention. *Infant Mental Health Journal*, 13(4), 319–329. Recuperado de <http://sundpsykologerna.se/files/Muir-1992-WWW-IMHjournal.pdf>
- Munhoz, J. M. H. (2009). O que representa representação ? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43(2), 77–85.
- Newman, L., & Stevenson, C. (2008). Issues in infant--parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 13(4), 505–14. Recuperado de <http://doi.org/10.1177/1359104508096766>
- Paris, R., Spielman, E., & Bolton, R. E. (2009). Mother-infant Psychotherapy: Examining the therapeutic process of change. *Infant Mental Health Journal*, 30(3),

301–319. Recuperado de <http://doi.org/10.1002/imhj.20216>

- Philipp, D. A. (2012). reflective family play: a model for whole family intervention in the infant and preschool clinical population. *Infant Mental Health Journal*, 33(6), 599–608. Recuperado de <http://doi.org/10.1002/imhj>.
- Pinto, E. (2009). O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. *Psicol. Refl. Crít.*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/11.pdf>
- Ramires, V. R. R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação? *Psic.: Teor.e Pesq.*, 26, 25–33. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>
- Rance, S. (2005). Attending to early relationship difficulties: Applying the “Watch Wait and Wonder” approach in a pilot project for babies and parents. *Infant Observation*, 8(2), 125–138. Recuperado de <http://doi.org/10.1080/13698030500171555>
- Rebelo, E. (2005). Importância da entreaajuda no apoio a pais em luto. *Psicológica*, 4, 373–380.
- Rocha, V., Guerra, M. P., & Maciel, M. J. (2010). Dependência tabágica, assertividade e alexitimia em doentes cardíacos. *Paidéia*, 20(46), 155–164.
- Rosa, R. Da, Martins, F. E., Gasperi, B. L., Monticelli, M., Siebert, E. R. C., & Martins, N. M. (2010). Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc. Anna Nery*, 14(1), 105–112. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100016>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. Recuperado de <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tucker, J. (2006). Using video to enhance the learning in a first attempt at “Watch, Wait

- and Wonder.” *Infant Observation*, 9(2), 125–138. Recuperado de <http://doi.org/10.1080/13698030600810359>
- Tuters, E., Doulis, S., & Yabsley, S. (2011). Challengers working with infants and their families: symptoms and meanings-two approaches of infant-parent psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 32(6), 632–649. Recuperado de <http://doi.org/10.1002/imhj>.
- Viegas, P.C. (2009). *Função reflexiva e a capacidade de mentalização em pré-adolescentes que vivenciaram o divórcio altamente conflitivo dos pais*. (Dissertação não publicada). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo.
- Viegas, P.C., Ramires, V. R.R. (2012). Pré-adolescentes em psicoterapia: capacidade de mentalização e divórcio altamente conflitivo dos pais. *Estud. Psicol.*, 29, 841-849.
- Zamberlan, M. A. T. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estud. Psicol.*, 7(2), 399–406. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200021>
- Zanatta, D., & Benetti, S. (2012). Representação mental e mudança terapêutica : uma contribuição da perspectiva psicanalítica da teoria das relações objetais. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 28(1), 93–100.
- Zavaschi, M. L.; Brunstein, C. (2001). O bebê e os pais. In C.L.Eizirik, F. Kapczinski, & A.M.S. BASSOLS (Orgs). *O ciclo da vida Humana; uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, p41 -57.
- Wendland, J. (2001) A Abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicol.: Refl.Crít.*, 14(1), 45-56.
- Winnicott, D.W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1968). Breast-feeding as communication maternal & child care. In D.W.Winnicott, *Babies & their mothers*. London: Free Association Books, p.23-33.

Winnicott, D. W. (1952). Ansiedade associada à insegurança. In Bogomoletz, D. (Trans.). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, p.163-167, 2000.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.



## Seção II

### Repercussões de uma Intervenção Psicoterápica na Interação Mãe-Bebê

#### Prematuro

##### Resumo

As interações mãe-bebê adquirem relevância por sua influência na constituição da personalidade da criança. Neste processo, participam as potencialidades do bebê e as condições psíquicas materna. Em um nascimento prematuro, quando o bebê permanece em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), emergem na mãe sentimentos de fracasso e incertezas que, aliados às vivências do bebê, podem afetar a construção do vínculo primário, gerando manifestações sintomáticas no bebê e afetando o estado emocional materno. O estudo objetivou compreender as repercussões de uma intervenção psicoterápica na interação mãe-bebê, quando a criança é prematura e está hospitalizada. A pesquisa qualitativa, de intervenção, de caráter exploratório e descritivo, constituiu-se por um estudo de casos múltiplos, composto de duas etapas, antes e após a intervenção. Participaram duas mães e seus bebês prematuros, internados na UTIN do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre, RS. O instrumento utilizado foi a Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê e como subsidio à análise qualitativa, o Diário Pessoal; e para o manuscrito, seguiu-se o protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*. A análise dos dados se deu através de três eixos temáticos chamados: a) Experiências interativas anteriores à intervenção; b) Experiências interativas durante a intervenção; e c) Experiências interativas posteriores à intervenção. Os resultados apontaram mudanças na interação mãe-bebê que favoreceram a compreensão das comunicações interativas entre a díade e o estabelecimento de vínculos favoráveis ao desenvolvimento do bebê. Tais achados sugerem que o estudo pode contribuir para a aplicação de intervenções neste âmbito hospitalar, que tenham como foco as relações iniciais entre mães e bebês prematuros em UTIN.

Palavras chave: intervenção, bebês prematuros, interação mãe-bebê

## **Effects of a psychotherapeutic intervention in the Mother -Baby Premature Interaction**

### **Abstract**

The mother-infant interactions become relevant for their influence on the child's personality formation. In this process, participating in the baby's potential and maternal mental conditions. In a premature birth, when the baby remains in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), emerge in the mother feelings of failure and uncertainties, coupled with the baby experiences may affect the construction of the primary link, causing symptomatic manifestations in the baby and affecting the mother's emotional state. The study aimed to understand the repercussions of a psychotherapeutic intervention in mother-infant interaction, when the child is premature and is hospitalized. Qualitative research, intervention, an exploratory and descriptive character, constituted by a multiple case study, consisting of two stages, before and after intervention. Attended two mothers and their premature babies admitted to the NICU of Maternal Child Hospital Presidente Vargas in Porto Alegre, RS. The instrument used was the Shooting Free Interaction Mother-Baby and as a subsidy to the qualitative analysis, the Personal Journal; and the manuscript was followed by the Consolidated Criteria protocol for Reporting Qualitative Research (COREQ). Data analysis was done through so-called three themes: a) previous interactive experiences to the intervention; b) interactive experiences during the operation; c) subsequent interactive experiences to the intervention. The results showed changes in mother-infant interaction that favored the understanding of interactive communications between the dyad and the establishment of friendly ties to the developing baby. These findings suggest that the study may contribute to the implementation of interventions in the hospital setting, that focus on the early relationships between mothers and premature babies in the NICU.

**Keywords:** intervention, premature babies, mother-infant interaction

## **Introdução**

Nos últimos anos, a psicanálise tem realçado a relevância das relações precoces mãe-bebê na formação da personalidade. Nesse processo, atuam duas partes: as potencialidades do bebê, que com um psiquismo incipiente, se depara com estímulos obscuros e depende do outro para crescer; e o psiquismo da mãe, que precisará de recursos adaptativos intensos para a formação da identidade materna e do vínculo com sua criança. Estudos apontam que estas relações são essenciais à sobrevivência psíquica da criança influenciando na formação da base de sua identidade, na capacidade para a confiança básica e para estabelecer relações sociais (Akhtar, 2007). Para tanto, a vivência mútua de uma relação prazerosa, calorosa, íntima e contínua, e que desperte no bebê a sensação de ser objeto de prazer e orgulho da mãe, são determinantes para a saúde mental da criança (Bowlby, 1995).

Por outro lado, a construção da maternidade se formará através de uma relação dialética, em que um influenciará a resposta do outro, contribuindo para a construção do vínculo mãe-bebê (Cypriano & Pinto, 2011). Nas últimas décadas, estudos voltados às interações precoces apontaram que estas, se constituem como uma espiral transacional das trocas entre a díade, mãe-bebê, em que ambos participam ativamente e cada um exerce influência sobre a resposta do outro (Solis-Ponton, 2004).

Embora não haja consenso entre os autores sobre a definição de interação, há uma tendência a considerá-la como uma ação recíproca, uma co-construção, de caráter bidirecional (Piccinini et al., 2001). Concordando com esta visão, o presente estudo tomará como interação toda ação manifesta, da mãe e do bebê que promova trocas afetivas como um olhar, um toque ou mesmo um som.

Porém, o processo de construção da maternidade tem início em etapas muito anteriores à concepção, inaugurando-se com as relações primárias de identificações da

mulher, percorrendo a atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita. Contribuem ainda para este processo, as experiências primárias com os pais, aspectos transgeracionais e culturais (Piccinini, Gomes, De Nardi, & Lopes, 2008); vivências que constituirão o psiquismo materno e influenciarão na forma como a mãe se relacionará com seu bebê (Bowlby, 1989).

Quando ocorre um nascimento prematuro, conta-se com mães também prematuras e psiquicamente frágeis pela interrupção das etapas gestacionais (Torquato Fernandes et al., 2011), podendo vivenciar a antecipação do parto como uma ruptura abrupta e inesperada no relacionamento mãe-bebê constituído até o momento (Cypriano & Pinto, 2011). Se os bebês permanecem em UTIN, os pais vivenciam emoções como medo, angústia e insegurança diante da incerteza da sobrevivência (Torquato Fernandes et al., 2011); e se a alta depender da evolução da criança soma-se o fantasma de possíveis sequelas, afetando a identificação parental, que pode tornar-se ambivalente e negativa (Ocampo, 2013), gerando estereótipos de prematuridade, quando as crianças são vistas como pouco maduras, fisicamente menos potentes, menos sociáveis e com menos capacidades cognitivas (Gonzales-Serrano, Lasa, & Hernanz, 2012).

Em estudo realizado com 10 mães de bebês prematuros internados em UTIN, os resultados mostraram que as mães, ao verem o bebê pela primeira vez na incubadora, sentiram desencanto e preocupação, percebendo-o como demasiadamente pequeno, magro, com a pele muito fina e as veias expostas. Ao notarem os equipamentos que os acompanhava e diante da incerteza se poderia ser tocado, potencializaram-se estas crenças e a percepção materna de distanciamento entre a díade, intervindo diretamente na identificação primária mãe-bebê (Ocampo, 2013).

Este processo identificatório, aliado ao processamento parental sobre as informações fornecidas pelo corpo clínico, será a base das primeiras vivências de

interação pais-bebê prematuro, repercutindo na formação do tipo de apego do bebê (Bowlby, 1989; Valle-Trapero, 2012). Assim, considerando a forte associação entre condição emocional parental e dificuldades emocionais em crianças, evidencia-se a necessidade de intervenções que favoreçam o estabelecimento de interações diádicas propícias ao desenvolvimento emocional do bebê, através do estímulo à proximidade e ao contato físico mãe-bebê (Ocampo, 2013).

As psicoterapias breves pais-bebê surgiram do estudo da intensa mobilização psíquica parental e da rapidez do processamento de mudanças subjetivas, interativas e sintomáticas ocorridas na tríade pai-mãe-bebê no puerpério (Cramer, & Palacio-Espasa, 1993). Período este detentor de uma atividade psíquica peculiar, onde há a redistribuição dos investimentos parentais, sendo projetados na criança aqueles ligados a objetos internos ou a aspectos do *self* dos pais (Prado et al., 2009; Stern, 1997).

A partir daí incluiu-se a criança na sessão, ainda que indiretamente, e almejando melhorar as representações negativas parentais, mas pouco se considerava a importância da acessibilidade e proximidade física dos pais e a forma como os bebês usam o brincar para buscar, pela própria experiência, estabelecer relações (Tuters, Doulis, & Yabsley, 2011). Em 1976, Mahrer, Levinson e Fine idealizaram o bebê como condutor das sessões, promovendo, em Toronto nos anos 90, o surgimento da psicoterapia pais-bebê *Watch, Wait and Wonder (W.W.W.)*, onde a criança guia os pais no tratamento através de ações espontâneas e não direcionadas, enquanto estes a observam e deixam-se conduzir na interação que se estabelece (Cohen, Muir, & Lojkasek, 1999; Cohen, Muir, & Lojkasek, 2006).

Sua técnica requer a presença de um dos pais e se centra nas ações infantis para criar uma comunicação ativa, almejando: melhorar a interação pais-bebê, favorecendo um apego seguro na criança; promover a capacidade parental para observar e refletir

sobre o significado do comportamento do bebê; fornecer à criança uma experiência de auto regulação das emoções; e propiciar que pais e filhos descubram sozinhos, novas formas de interação, evitando a repetição intergeracional de padrões de apego inseguro (Cohen et al., 2006; Newman & Stevenson, 2008). Por fim, a *W.W.W.* visa melhorar a sensibilidade parental, sua função reflexiva e a capacidade de mentalização (Fonagy, 1999).

Assim, a sessão na *W.W.W.* divide-se em duas etapas: na primeira a mãe (participante mais frequente), sentada no chão, coloca-se fisicamente acessível para observar as ações da criança, interagindo apenas quando esta tomar a iniciativa, exercitando o reconhecimento e a aceitação de seus atos espontâneos (Tuterts et al., 2011). O terapeuta, menos interativo, senta-se ao chão mais afastado da díade e, refletindo sobre as relações que presencia, suporta e valida a experiência materna (Cohen et al., 2006).

Na segunda etapa, mãe e terapeuta falam sobre a observação das ações do bebê e sobre a experiência emocional vivida, tornando-a mais conhecedora sobre a criança. Assim, reforça-se a capacidade materna para responder à criança com um gesto recíproco e não intrusivo, propiciando a evolução das potencialidades do bebê e à mãe, a se sentir mais competente como cuidadora e capaz de compreender as comunicações diádicas (Cohen et al., 2006; Tuterts et al., 2011).

Inspirado nos princípios da *W.W.W.*, este estudo propôs uma intervenção adaptada à UTIN a fim de favorecer a interação mãe-bebê prematuro, também composta por duas fases: na primeira, de 15 minutos, a mãe junto ao bebê (no colo ou na incubadora), observa sua criança e responde às ações interativas da mesma enquanto é acompanhada do olhar atento e interessado do terapeuta; no segundo momento, também de 15 minutos, mãe e terapeuta (juntos à criança) falam sobre as percepções e a

vivência materna daquela experiência.

Assim, tomando a interação pais-bebê como a primeira via para as relações de apego da criança e a necessidade de se explorar contextos adversos através de intervenções precoces para além do tratamento de sintomas, este estudo elegeu como foco os bebês prematuros e suas mães, considerando-as como representantes de um ambiente facilitador no qual os processos de crescimento natural do bebê e as interações com o mesmo possam evoluir (Winnicott, 1968/1987). Objetivou-se, desse modo, compreender as repercussões da intervenção na interação mãe-bebê, quando a criança é prematura e está hospitalizada.

## **Método**

### **Delineamento**

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa de intervenção, de caráter exploratório e descritivo, constituída por um estudo de casos múltiplos (Gil, 2010), composto de duas etapas – antes e após a intervenção, realizada no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre, RS.

### **Participantes**

Participaram do estudo, duas díades mãe-bebê, caracterizadas conforme tabela 1, que foram contatadas quando a criança se encontrava internada na UTIN do Hospital colaborador. Os participantes foram eleitos por conveniência, mediante indicação do corpo clínico da unidade considerando critérios previamente definidos, sendo incluídas apenas as mães, dada a maior disponibilidade de tempo que possuíam para estar com o bebê durante a internação, em função do período de licença maternidade.

**Tabela 4**  
*Características das díades participantes*

Mãe	Idade	Escolaridade	Classe econômica familiar <sup>a</sup>	Bebê	IG <sup>b</sup>	Peso ao nascer
1 Ana	38	Ensino médio completo	B1	Luisa	32 semanas	1775 g
2 Deise	21	Ensino médio incompleto	C1	Vitor	32 semanas	1690 g

<sup>a</sup> Conforme classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013), numa escala com oito níveis que vão de E (baixa) a A1 (alta).

<sup>b</sup> Idade gestacional do bebê ao nascer

As mães deveriam: ser maiores de 18 anos; já ter recebido alta hospitalar e apresentar dificuldades de aproximação, permanecendo pouco tempo junto ao bebê e evitando tocá-lo; manifestar irritabilidade ou choro frequente; ser auto declarada não usuária de drogas; não possuir transtornos psiquiátricos ou doença mental grave. Já o bebê teria que: ter nascido entre 32 a 36 semanas; não ser de gestação gemelar; estar internado há pelo menos três dias; não estar em uso de respirador artificial; possuir sequelas neurológicas, más formações, síndromes ou diagnósticos indefinidos.

Optou-se por este grupo de crianças prematuras, considerando que bebês nascidos antes deste período, passam por uma reorganização fisiológica, quando geralmente não suportam muita estimulação e rapidamente se tornam fatigados e desorganizados. Além disso, apesar de terem riscos no desenvolvimento, normalmente desenvolvem boa saúde física, sem sequelas neurológicas, distúrbios sensoriais ou outras patologias que frequentemente ocorrem em crianças prematuras de alto risco (Pinto, 2009). Todos os participantes residiam no estado do Rio Grande do Sul e as mães haviam recebido alta quando se iniciou os procedimentos para aplicação da intervenção.

Para este estudo, foram contatadas outras duas díades indicadas, que não puderam ser incluídas: na primeira, o bebê se encontrava em processo de alta, não havendo tempo hábil para os procedimentos estabelecidos. E na segunda, a mãe não autorizou a filmagem da criança, inviabilizando a aplicação de um dos instrumentos



previstos.

### **Procedimentos e Instrumentos**

Após a indicação da dupla, realizou-se um contato inicial com a mãe para apresentação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). A seguir, preencheu-se a Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos (Apêndice B) para confirmar critérios de inclusão e dados gerais sobre a família e a gestação. Em outro encontro, aplicou-se a Entrevista de História de Vida da Mãe (Apêndice C) para conhecer as percepções maternas infantis e atuais e, após, a Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê durante 30 minutos, para análise da interação comportamental e afetiva da díade.

Na fase seguinte, após o fornecimento de instruções e esclarecimentos sobre os procedimentos seguintes, aplicou-se a intervenção, com duração de 30 minutos, em horários previamente agendados. Composta de duas etapas, nos 15 minutos iniciais, a mãe, o mais próxima possível de seu bebê, deveria observá-lo e interagir quando este a procurasse; e nos 15 minutos finais, ainda junto à criança, mãe e terapeuta/pesquisadora conversariam sobre a vivência daquela experiência.

A intervenção ocorreu diariamente, exceto aos domingos e o local onde foi aplicada variou entre uma sala reservada (caso 1) e a unidade de internação (caso 2) de acordo com as necessidades das crianças; o bebê deveria permanecer junto à mãe e quando não foi possível devido às condições clínicas instáveis do mesmo (caso 2), mãe e terapeuta/pesquisadora, permaneceram junto à incubadora; a pesquisadora, com formação em psicoterapia de crianças e experiência clínica superior a 10 anos em psicoterapia pais-bebê, foi também a terapeuta e responsável pela aplicação dos demais instrumentos. No dia da alta do bebê, aplicou-se à mãe a Entrevista de História da

Internação (Apêndice D), para conhecer suas percepções acerca da internação e da intervenção, e reaplicou-se a Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê.

A díade Ana e Luísa (caso 1) permaneceu 17 dias no hospital e as intervenções, em um total de quatro, ocorreram sem interrupções em uma sala reservada, destinada a entrevistas de familiares; em todas elas, a mãe mantinha a filha no colo. A díade Deise e Vítor (caso 2) permaneceu 25 dias no hospital e as intervenções, em um total de oito, ocorreram na unidade de internação do bebê, e em muitas delas, Vítor permaneceu na incubadora; o período de intervenções foi permeado por interrupções do corpo clínico e por adversidades como um incêndio no setor que levou à superlotação da sala e ao confinamento dos bebês à incubadora por três dias consecutivos.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente e durante todo processo, utilizou-se um Diário Pessoal para registrar a rotina e as impressões da pesquisadora para complementação dos dados, porém não foi possível a filmagem das intervenções devido às limitações de espaço físico para a instalação dos equipamentos e à interferência nos procedimentos médicos que estes gerariam.

Para o desenvolvimento deste manuscrito, foram utilizadas como referência as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), um *checklist* desenvolvido para auxiliar na elaboração dos escritos científicos de abordagem qualitativa, aprimorando a apresentação do material, composto por uma lista de 32 itens, que abordam desde a constituição da equipe de pesquisa até as análises e interpretações (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Salienta-se ainda que o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, sob o nº CAAE 39254314.0.0000.5344, o qual obteve aprovação (Resolução CEP/UNISINOS nº 183/2014) (Apêndice E), estando em conformidade com as exigências éticas e metodológicas esperadas de uma pesquisa com seres humanos.

### **Análise dos Dados**

A análise dos dados deste estudo ocorreu inicialmente pela construção de uma avaliação individual dos resultados de cada caso, mediante o levantamento dos dados obtidos através dos instrumentos selecionados, considerando como indicador de mudança, a interação mãe-bebê. Almejando uma análise de alta qualidade e confiabilidade dos achados deste Estudo de Casos Múltiplos, realizou-se posteriormente o cruzamento dos dados obtidos para tornar as considerações finais dos achados, convincentes e acuradas, permitindo um estilo corroborativo de pesquisa (Yin, 2010).

Assim, a Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê, foco deste artigo, foi analisada pelos critérios de avaliação do *Interaction Assessment Procedure* (IAP), que avaliou qualitativamente a interação comportamental e afetiva da díade mãe-criança, através dos comportamentos da mãe considerando a sensibilidade, estruturação, não-intrusividade e não hostilidade; e os do bebê, quanto à responsividade e envolvimento (Pinto, 2007). Os comportamentos da mãe, do bebê e a interação da díade foram avaliados de acordo com protocolo desenvolvido por Pinto (2007), sendo que os quatro primeiros itens se referem à mãe e os dois últimos, ao bebê.

Desta forma, a **sensibilidade** materna foi analisada em uma escala contínua que variou entre *excelente*, indicando uma qualidade especial nas trocas interativas; *bom*, indicando um comportamento altamente sensível, mas sem qualidade excelente nas trocas afetivas; *inconsistente*, indicando que há sensibilidade parental, porém é difícil de afirmar que o comportamento parental seja bem saudável, podendo apresentar inconsistências, ambivalências ou flutuações; *fraco*, que corresponde a um estilo ativo/rude ou passivo/deprimido e afetivamente pouco expressivo, mas com alguns aspectos positivos; e *inexistente*, demonstrando um nível baixo de interação positiva, podendo apresentar afetividade negativa.

A capacidade de **estruturação** materna também foi analisada em uma escala que variou entre *excelente* estruturação, indicando que a mãe se sente bem na situação e é bem sucedida nesta tarefa; *inconsistente*, apontando para inconsistência na forma como a mãe estabelece limites para a criança; e *inadequada*, quando os pais não colocam limites e não provem estrutura para a criança, podendo apresentar passividade ou indulgência.

A **não-intrusividade** foi avaliada a partir da classificação *não-intrusivo*, quando os pais são afetivamente presentes na interação, sem dela se apoderar; *parcialmente intrusivo*, quando os pais frequentemente estabelecem os passos da interação, demonstrando um comportamento diretivo; e *intrusivo*, quando os pais se mostram superestimuladores, não oferecendo espaço para a criança.

A **não-hostilidade** materna foi avaliada a partir das categorias *não hostil*, quando o adulto não apresenta hostilidade (óbvia ou encoberta); *hostilidade encoberta*, com sinais de hostilidade como impaciência, desconforto, aborrecimento, provocação, elevação da voz por parte do adulto; e *hostil*, quando o adulto é claramente rude com a criança, manifestando esse comportamento pela expressão facial, vocal ou comportamental.

A **responsividade** da criança, que diz respeito à predisposição para troca interativa com o adulto, é avaliada em categorias que variam entre *excelente*, quando a criança demonstra excelente equilíbrio entre responsividade ao adulto e autonomia nas atividades, combinando com uma postura afetiva positiva; *moderada*, demonstrando que a criança apresenta um prazer menos frequente ou a necessidade de maior encorajamento para interagir; *fraca*, denotando séria preocupação em relação à responsividade afetiva e comportamental; e *inexistente*, quando raramente há responsividade afetiva e comportamental às tentativas de interação promovidas pelo adulto.

O **envolvimento**, que se refere ao grau em que a criança segue e se envolve na brincadeira com a mãe, foi analisado a partir das categorias *excelente*, quando a criança demonstra equilíbrio entre autonomia e condução do adulto para a interação; *moderado*, quando há mais interesse na atividade do que no engajamento na interação; *fraco*, quando a criança não tenta conduzir o adulto para a interação e apresenta comportamento de evitação ou desinteresse na atividade; e *inexistente*, quando a criança não se orienta em relação à mãe, não propõe e não elabora a troca interativa.

Para fins de fidedignidade dos achados, considerando que a terapeuta também era a pesquisadora, a análise das filmagens foi realizada por três juízes independentes que não conheciam os procedimentos e a proposta da pesquisa. Mediante consenso, foi emitido um parecer final com os resultados encontrados.

## **Resultados e Discussão**

Ao se propor uma pesquisa de intervenção, há que se considerar na análise dos dados, a influência do tempo e das questões desenvolvimentais contidas nele, especialmente quando os participantes são bebês recém-nascidos. Neste sentido, este estudo tomará o desenvolvimento como um conjunto de funções instrumentais (psicomotricidade, inteligência, aprendizagem, hábitos, socialização e linguagem) construídas por um lado, a partir da incidência de processos maturativos de ordem neurológica e genética, e por outro, dos processos de constituição do sujeito psíquico (Kupfer, Bernardino, Mariotto, & Taulois 2015).

Este conceito, baseado nas descobertas acerca da neuroplasticidade cerebral e no constructo psicanalítico que confere às experiências infantis precoces um papel importante para a regulação e determinação das aquisições próprias do desenvolvimento, toma como fundamental a adaptação do cuidador à criança para que,

em um processo interativo, o fluxo neuronal infantil se mantenha de forma previsível e harmonizado. Do contrário, se os movimentos do cuidador forem rápidos e imprevisíveis, a ativação neuronal produzirá um fluxo desestruturado, não interpretável pelos neurônios e a experiência interativa será sentida como dor (Laznik & Burnod, 2015).

Assim, considerando que na interação mãe-bebê interatuam ritmos e sincronias em um encontro que favorece o desenvolvimento do bebê, onde a atividade é produzida por ambos e inclui um estado afetivo subjacente, este estudo tomará como primordial a este processo, a interação mãe-bebê (Garbarino, 1992). Desta forma, a intervenção contemplará os aspectos desenvolvimentais da criança, tomando-os como integrantes e constituintes desta interação à medida que influenciam e são influenciados pelas respostas maternas.

Desta forma, a construção individual dos casos que também utilizou as informações do Diário Pessoal, ocorreu mediante o desenvolvimento de três eixos temáticos denominados de: a) experiências interativas anteriores à intervenção; b) experiências interativas durante a intervenção; c) experiências interativas posteriores à intervenção. Inicialmente os casos foram construídos individualmente considerando suas particularidades e após, desenvolveu-se uma síntese, através do cruzamento entre estes, buscando a comparação entre suas semelhanças e divergências (Yin, 2010).

### **Caso 01– Ana e Luísa**

Ana, professora de 38 anos, mora no estado há três anos e é casada com José, um espanhol de 40 anos. Ambos se conheceram na Espanha, onde moravam, e voltaram ao Brasil para cuidar da mãe de Ana, que estava com depressão profunda.

Além de Luísa, nascida de 32 semanas de gestação devido à pré-eclâmpsia

materna, Ana tem um filho de 15 anos, de um namoro da adolescência, que foi criado pela avó materna, com quem ainda reside. Há um ano e três meses, Ana teve outra menina prematura e natimorta, no mesmo hospital.

Sua vida foi permeada por fatos traumáticos: aos 18 anos perdeu o pai, aos 20 o irmão mais novo, ambos vítimas de acidente de trânsito; e com 25 anos, um amigo, com quem tinha uma “*amizade colorida (sic)*”. Ana foi indicada pela equipe para o estudo por não ficar junto à filha na UTIN por lembrar-se do bebê falecido e manter-se extremamente ansiosa e chorosa.

As primeiras impressões geradas na pesquisadora foram impactantes, pois Ana aparentava extrema ansiedade, falando e gesticulando em demasia enquanto sacudia bruscamente a filha como se fosse uma boneca, sem ter consciência de sua fragilidade. Apresentava labilidade de humor, passando do choro à alegria repentinamente e mantinha-se falando alto e mexendo constantemente no bebê, sem deixá-lo adormecer.

Luísa, uma menina corada e de aparência delicada, mostrou-se um bebê calmo e tolerante, mantendo-se a maior parte do tempo junto à mãe, dormindo e chorando apenas quando tinha fome. Quando acordada, buscava conhecer o ambiente, reagia à luminosidade excessiva e apresentava um olhar vivo e curioso, despertando na pesquisadora sensações agradáveis e um desejo de cuidá-la.

#### ***a) Experiências interativas anteriores à intervenção***

Ana foi ao primeiro contato com a pesquisadora, com a filha no colo: erguia-a, a sacudia para acordar e dizia: “...olá, Dr.<sup>a</sup>, sou a Luísa, olha como sou bonita”. Com uma alegria excessiva e parecendo segurar uma boneca, narrava a interação inicial com a filha como muito difícil: “*me senti frágil...mas ao mesmo tempo vitoriosa que ela saiu com vida...me senti estranha ao me aproximar dela, parece que eu queria e não*

*queria...lembrava da outra...(sic)*”.

O estranhamento vivenciado pela mãe e o entrave inicial de permanecer na UTIN por lembrar-se da filha falecida um ano antes no mesmo hospital, sugere que Luísa, à medida que adquiria características da irmã morta, tornando-a viva na família, veio para repor a perda anterior; em casais jovens, é comum que uma segunda gestação ocorra em meio ao luto tanto para substituir a primeira, como uma tentativa de elaboração (Rebello, 2005). Luísa trazia à tona o luto materno não elaborado, sentido por Ana como *“uma humilhação (sic)”*.

As emoções ambíguas ativadas pela chegada da filha podem ser responsáveis pelos obstáculos na interação inicial mãe-bebê, vistas na análise da Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê, conforme tabela 5. Nesta, Ana apresentou boa sensibilidade, embora não exibisse uma qualidade excelente nas trocas afetivas com a filha; inconsistência na forma de estabelecer limites ao bebê; um comportamento diretivo parcialmente intrusivo, frequentemente impondo a interação; e uma hostilidade encoberta, exibindo sinais de impaciência, desconforto e aborrecimento com Luísa: *“Borboletinha, vamo acordá...eu sei que você não tá mais dormindo, não me engana. Vamo filha, acordá pra mamá e ficá forte pra i pra casa. Amiga, ei...acorda (sic)”*.

Nestes momentos, Luísa se enrijecia e virava o rosto em direção oposta à mãe, afastando-se dela e evitando a interação. Em mães que apresentam comportamentos intrusivos compreendidos aqui como uma percepção materna diminuída que leva à superestimulação, à interferência, à diretividade e a comportamentos inadequados frente à interação, é comum que a criança desvie sua atenção e evite as trocas interativas (Fraga, Linhares, Carvalho, & Martinez, 2008).



### ***b) Experiências interativas durante a intervenção***

Durantes as primeiras intervenções Ana se apresentava inquieta, tolerando pouco o silêncio e preocupando-se mais em relacionar-se com a pesquisadora do que com o bebê, mostrando-o e dizendo: “*Ei minha princesa, vamo acordá, olha, vamo dá oi pra Dr.<sup>a</sup> (sic)*”. Referia-se a Luísa como sendo a filha falecida, que agora reencarnara, trazendo à tona o luto ainda não elaborado, assim como sua forte religiosidade, dizendo: “*é uma guerreira, está lutando para viver porque escolheu ficar aqui na terra, como diz Alá*”.

Não era incomum que a mãe, após a intervenção e enquanto se despedia, detalhasse sua crença e relatasse a importância da religião em sua vida, corroborando estudos que apontam que a religiosidade pode trazer um suporte social, emocional e motivacional diante de situações estressantes e da morte, influenciando na construção de significados para a realidade que se apresenta, ao mesmo tempo em que possibilita à família transcender à experiência emocional dolorosa (Bouso, Poles, Serafim, & de Miranda, 2011). O medo e a insegurança vividos por Ana frente a outro parto prematuro podem estar relacionados ao pavor diante do desconhecido, da morte e da possibilidade de novamente voltar para casa sem o bebê; diante da impotência parental na contribuição da recuperação deste, a utilização da religiosidade pode servir como amparo e esperança na sobrevivência (Véras, Vieira, & Morias, 2010).

Ao longo do processo, Ana tornou-se mais silenciosa e observadora, sugerindo uma identificação com a postura da terapeuta/pesquisadora quando nos momentos de observação, que se mantendo discreta, contínua, neutra e interessada, permitiu à mãe perceber a importância de sua relação com a criança e sustentar-se na função materna (Kompinsky, 2000; Oliveira-Menegotto, 2010). Neste sentido, a etapa inicial de observação, pode ter representado uma forma silenciosa e sutil de intervenção, que

favoreceu à mãe a constituição da maternidade (Oliveira-Menegotto, 2010)

Luísa, por sua vez, ficava mais acordada e no segundo dia de intervenção, após a amamentação, olhava fixamente para a mãe que, surpresa, comentou: “*Olha Dr<sup>a</sup>. ela tá me vendo, é a primeira vez que faz isso. Me descobriu. Oi filha, sou eu, sua mãe, tá me vendo? (sic)*”. Deu-se aqui o primeiro encontro interativo mãe-bebê, já que o olhar materno é reconhecido como uma conduta de apego que desencadeia poderosos sentimentos frente ao bebê que, ao olhar ativamente os olhos da mãe, prende-se a ela e confere aos olhos o papel de órgão de busca e interação (Oberman, 2001); a seguir, houve uma mudança nas trocas interativas, onde o foco principal passou a ser Luísa e a terapeuta/pesquisadora tornou-se coadjuvante no processo.

A partir daí, o olhar materno se tornou vivo e Ana, respeitando o ritmo da filha, aguardava que esta estivesse acordada para chamar sua atenção. Luísa respondia à mãe ficando mais acordada e voltando-se constantemente para sua face, especialmente para os olhos: ambas passavam longos minutos se olhando silenciosamente.

### ***c) Experiências interativas posteriores à intervenção***

Após a intervenção, a mãe respeitava o ritmo e as condições da filha, reconhecendo aos poucos a comunicação diádica: “*...já tô aprendendo a conhecê o que ela qué me dizê (sic)*”. A mudança nos padrões interativos mãe-bebê confirmou-se na reavaliação da Filmagem de Interação Livre Mãe-bebê, quando Ana mostrou uma excelente forma de colocar limites à filha e manteve um comportamento não hostil em relação à personalidade de Luísa, sendo mais compreensiva e tolerante; o bebê, por sua vez, respondeu às mudanças passando de um envolvimento moderado (antes da intervenção), para excelente (após a intervenção), indicando um equilíbrio entre sua autonomia e a condução materna para a interação, como pode-se observar na tabela 5:

**Tabela 5**  
*Avaliação do IAP*

Categorias do IAP	Antes da Intervenção	Após a Intervenção
Características da mãe		
Sensibilidade	Boa	Boa
Estrutura	Inconsistente	Excelente
Não intrusividade	Parcialmente intrusiva	Parcialmente intrusiva
Não hostilidade	Encoberta	Não hostil
Características do bebê		
Responsividade	Moderada	Moderada
Envolvimento	Moderado	Excelente

Ao avaliar a intervenção, Ana dizia: *“achei bem interessante...era bom observá minha filha...ter aquela conexão, o olhar assim cauteloso, procurando alguma coisa...(sic)”*. Com relação a possíveis benefícios, alegava: *“essa experiência me influenciô na maneira de sabê olhá pro cuidado da minha filha, do que ela tá necessitando...um olhar mais profundo sobre ela, como mãe, como ser humano (sic)”*.

### **Caso 02 - Deise e Vitor**

Deise, gaúcha de 21 anos, é casada com Pedro, de 24 anos. Ambos estão juntos há sete anos e são pais de Vitor, que nasceu com 32 semanas de gestação.

Deise teve uma gestação anterior, fruto de um relacionamento passageiro, há aproximadamente dois anos, que foi interrompida por um parto prematuro quando estava com 27 semanas de gestação devido a malformação uterina materna. A menina, nascida no mesmo hospital e que sobreviveu cerca de 15 dias, veio a falecer por insuficiência renal.

Sua história de vida foi marcada pela separação dos pais, quando tinha 20 anos: a mãe, cansada dos maltratos do esposo, usuário de drogas, mudou-se repentinamente para outro estado, levando consigo os filhos mais novos e deixando Deise e outra irmã para cuidar do pai, o que ocorre desde então. Mãe e filha mantêm restrito contato telefônico e nunca mais se viram.

As primeiras impressões ativadas na pesquisadora foram de pouca empatia e distanciamento, parecendo difícil uma conexão afetiva com Deise, diante de um discurso desprovido de afeto e empobrecido. Apresentando uma fala bastante racional e em alguns momentos, confusa cronologicamente, a mãe foi encaminhada pela equipe para o estudo porque ficava pouco tempo ao lado do filho, parecendo distante e com dificuldades para ligar-se afetivamente ao bebê.

Vitor, um bebê pequeno e magro que permanecia a maior parte do tempo na incubadora, mostrou-se tranquilo e pouco exigente, chorando poucas vezes durante os encontros; extremamente sonolento, despertou sentimentos ambíguos na terapeuta/pesquisadora pois, ao mesmo tempo em que instigava certa apatia, gerava preocupação com sua saúde.

#### ***a) Experiências interativas anteriores à intervenção***

Deise apresentou-se ao primeiro encontro sozinha e chamou a atenção o fato de que ao chegar à unidade, apenas vestiu seu avental e não demonstrou interesse em ver o bebê ou mesmo ter notícias dele, embora tivesse passado a noite afastada. Sua atitude, além de gerar estranhamento à pesquisadora, suscitou certo desconforto e ansiedade diante da postura pouco afetiva da mãe. Com relação às primeiras experiências interativas entre ela e Vitor, a mãe falava: “...*tudo bem, ele tá bem cuidado, tem tudo que precisa (sic)*”.

A forma como Deise se comunicava, utilizando frases extremamente curtas e pouco expressivas sugerem a existência de um funcionamento alexitímico que é caracterizado principalmente pela dificuldade em identificar e descrever emoções e afetos; pela pobreza imaginativa e dificuldade em fantasiar; pelo pensamento concreto orientado para o exterior; e pelo estilo de vida mais voltado para a ação (Rocha, Guerra,

& Maciel, 2010). Descrita primariamente como um traço de personalidade caracterizada pela dificuldade em identificar o próprio estado emocional e por uma forma característica de pensar, sentir e processar as emoções (Nunes, Branco, & Jeanne, 2013), a alexitimia também tem sido compreendida secundariamente, como uma reação aos efeitos frente a doenças físicas sérias ou como uma defesa contra a depressão ou dor profunda que, neste contexto, poderia ter sido desencadeada pelo luto materno ainda em curso, ou pela própria situação de prematuridade e hospitalização do bebê (Yoshida, 2000).

Cabe ressaltar que, assim como no caso 1, Deise também perdera recentemente outra filha e esta vivência, juntamente com suas características de personalidade, podem ter contribuído para as dificuldades interativas iniciais apontadas na análise do IAP, conforme tabela 3, que evidenciaram dificuldades para dar limites à criança (estrutura inconsistente), irritabilidade e pouca tolerância para com o bebê (hostilidade encoberta). Tais condutas manifestaram-se quando a mãe não tolerou os 30 minutos de filmagem com o filho, alegando que ele queria ir para a incubadora e, ao falar da interação inicial dizia: “...lembrava da Sofia, do que aconteceu com ela. Sabe, quando ele chegô aqui, ficô em um bercinho do lado do que ela tinha ficado e eu me lembrava de tudo e só pensava no que tinha acontecido com ela (sic)”.

#### ***a) Experiências interativas durante a intervenção***

No decorrer das intervenções, Deise manteve o mesmo padrão de relacionamento com Vitor. Embora já permanecesse junto ao filho todo o período estipulado para a intervenção, as trocas interativas eram pobres; a mãe, muito silenciosa, não o estimulava e apresentava verbalizações de difícil desenvoltura durante os 15 minutos finais da intervenção.

Quando questionada sobre a maneira como o bebê buscava se amoldar aos seus braços e se esforçava para vê-la, Deise dizia: “*Nem imagino o que quê...acho que ele não gosta muito de ficá assim...acho que tá tendo um pesadelo (sic)*”. As sensações negativas associadas ao contato físico mãe-bebê podem refletir a presença de um enlutamento melancólico materno de longa duração, que não cicatriza com o passar do tempo e que leva ao pouco investimento na nova gestação e à utilização de defesas acompanhadas de fantasias em relação ao novo bebê e à baixa autoestima: elementos também encontrados em um estudo realizado com gestantes de alto risco que sofreram aborto espontâneo e perda fetal tardia (Freire & Charterlard, 2009).

A baixa autoestima manifesta por Deise também pode ser observada durante o segundo dia de intervenção, quando mãe e terapeuta/pesquisadora foram surpreendidas em meio à intervenção, com procedimentos para colocar Vitor ao seio, configurando sua primeira mamada. Rodeada de profissionais que manipulavam a díade constantemente, Deise lançava olhares à terapeuta/pesquisadora que expressavam um misto de ansiedade e felicidade e perguntava: “*Ele tá mamando? Eu achava que ele não ia pegá o seio, que ele não ia querê meu peito (sic)*”.

Receosa por não conseguir exercer as funções maternas conforme as expectativas pessoais e sociais, incluindo a amamentação, Deise ressentia-se pelas circunstâncias impostas pelo afastamento prematuro do filho e pela rotina da UTIN, evitando a ordenha manual e desejando ser mais ativa nos cuidados de Vitor (Silva & Silva, 2009). Amamentá-lo foi uma forma de afirmar à Deise sua condição para ser mãe, que a partir daí, mantinha um brilho no olhar, tornando-se mais atenta ao bebê, acariciando-o, beijando-o e quando juntos, dizia: “*É muito bom, nem sei dizê como (sic)*”.

### ***b) Experiências interativas posteriores à intervenção***

Após o período da intervenção, a mãe sentia-se mais confortável em estar com o filho, sorria e mantinha um olhar vivo e expressivo tanto para o bebê como para a terapeuta/pesquisadora. Dizia enfaticamente: *“Consegui escolhê a roupinha prá ele i embora e já trouxe prá ficá aqui (sic)”*, demonstrando assim suas expectativas quanto à alta e a felicidade por ver o filho crescendo.

Embora os padrões interativos não tenham sofrido alterações na maioria dos itens avaliados pelo IAP (tabela 3), o escore referente a comportamentos hostis manifestos pela mãe se modificou (tornando-se não hostil), sugerindo que Deise, embora alegasse que a intervenção *“não mudô nada na minha relação com ele (sic)”*, afirmava que a ajudou a entender *“Tudo, no berço ali, o jeito dele dormí, dele sonhá, dele respirá. Que nem eu te falei o jeito que ele gosta de dormí, com a mão na cabeça, e agora não é mais uma, é duas (Sic)”*. Mais conhecedora de seu bebê, Deise exercia a maternidade respeitando o jeito de ser de Vitor, tornando-se mais empática e capaz de atender às necessidades do filho, possibilitando o estabelecimento da unidade mãe-bebê, essencial ao desenvolvimento psíquico do último (Winnicott, 1960/1983).

**Tabela 6**  
*Resultados da Análise do IAP – caso 2*

Categories do IAP	Antes da Intervenção	Após a Intervenção
Características da mãe		
Sensibilidade	Boa	Boa
Estrutura	Inconsistente	Inconsistente
Não intrusividade	Não intrusiva	Não intrusiva
Não hostilidade	Encoberta	Não hostil
Características do bebê		
Responsividade	Moderada	Moderada
Envolvimento	Moderado	Moderado

Ao avaliar a intervenção dizia: *“Não, não mudô nada. Mas a experiência que tu teve com a gente, com nós dois foi muito boa... acho que ter uma pessoa perto, ali todo dia né. Foi bom (sic)”*. A dificuldade em expressar emoções e relacionar qualquer

benefício sentido neste período à intervenção reafirma a possibilidade de Deise apresentar um funcionamento alexitímico descrito anteriormente, mantendo um padrão de respostas concretas e de difícil acesso emocional, surpreendendo a terapeuta/pesquisadora ao demonstrar que ao longo do processo criou um vínculo afetivo, afirmando: “...*eu me lembrava, bá hoje ela não vai vim (sic)*”.

### **Síntese dos casos cruzados**

A partir da análise individual dos casos é possível a apreciação de características comuns e adversas às experiências compartilhadas de prematuridade e internação em UTIN. Neste sentido, destaca-se que ambas as mães eram casadas, viviam com seus companheiros, embora pertencentes a classes econômicas familiares diferentes.

Ambas as mães tiveram perda de um bebê há cerca de dois anos, antes do nascimento atual, derivada de problemas físicos maternos, que não foram tratados e que se repetiram na gestação seguinte: Ana tinha pressão alta, levando à pré-eclâmpsia, e Deise, malformação uterina. A falta de investimento no auto cuidado materno, levando a gestações posteriores não programadas e interrompidas prematuramente, ratifica a literatura quando aponta que estas mães, quando em nova gravidez, investem pouco nesta, estabelecendo uma relação objetal distinta com o bebê baseada em inseguranças, medos e defesas, pela possibilidade de uma nova perda (Freire & Charterlard, 2009).

Os bebês, ambos nascidos de 32 semanas de gestação, apresentavam-se em condições fisiológicas semelhantes, embora Vitor tenha permanecido por mais tempo com alimentação via sonda por não apresentar um ritmo de mamadas constantes. Devido a situações adversas como a fuligem que impregnou a unidade por vários dias após um incêndio, Vitor também esteve por mais tempo na incubadora, apresentando um ritmo de recuperação lento, se comparado a Luísa.



Com relação ao eixo temático *experiências interativas anteriores à intervenção*, as participantes referiram dificuldades em permanecer junto ao bebê na UTIN devido à lembrança da perda anterior, demonstrando um luto ainda em evidência. Este, associado à prematuridade, potencializou emoções maternas ambivalentes tornando as mães menos disponíveis afetivamente e, possivelmente gerou os entraves interativos iniciais (Freire & Charterlard, 2009).

Em situações de prematuridade é esperado que o vínculo inicial com o bebê seja permeado por sensações ambivalentes como preocupação e agitação, diante de um ambiente desconhecido e da incerteza da sobrevivência da criança. Nestas condições, somam-se emoções relacionadas à desorganização, desnorreamento, ansiedade e cansaço, comprometendo a capacidade materna de compreensão e de emissão de respostas adequadas à situação (Brum & Schermann, 2005).

Outro fator comum às díades foi a presença de comportamentos hostis encobertos, manifestos através da pouca tolerância para com o bebê ou mesmo irritabilidade, que podem expressar um grau de ansiedade elevado ou mesmo depressão decorrente de um enlutamento prolongado. É característico que mães de bebês prematuros apresentem alta incidência de sintomas depressivos e elevada ansiedade, tornando-as menos sensíveis e responsivas e mais intrusivas e ativas na interação; a intrusividade, por sua vez, é adicionada à condição de risco da prematuridade e se configura como uma forte ameaça ao desenvolvimento infantil (Potharst et al., 2012; Fraga, Linhares, Carvalho, & Martinez, 2008).

No eixo temático *experiências interativas posteriores à intervenção*, embora a díade do caso 1 tenha vivenciado por menos tempo a intervenção, foi a que apresentou melhores resultados no que se refere a mudanças nos comportamentos interativos, sendo observadas também, modificações quanto ao envolvimento do bebê com a mãe: dada a

dificuldade de acesso aos comportamentos interativos do bebê, seja pela permanência na incubadora ou mesmo pela necessidade de permanecer mais coberto, o estudo voltou-se mais às manifestações maternas. Tal discrepância aponta para a presença de um funcionamento psíquico materno mais prejudicado no caso 2, resultante das experiências afetivas dolorosas ligadas à infância e especialmente à figura materna, cuja lembrança evocava ressentimentos, e que são constituintes da forma como a mãe viverá sua maternidade e da relação posterior que estabelecerá com seu bebê (Piccinini et al., 2008).

Ainda assim, ambas as mães se tornaram menos intrusivas e mais conhecedoras de seus bebês e, ao avaliarem a intervenção, ressaltaram a importância de terem sido acompanhadas em um período difícil e da possibilidade de criação de um espaço voltado à observação e conhecimento sobre as comunicações do bebê. A presença da terapeuta/pesquisadora junto à díade permitiu à mãe diminuir as ansiedades iniciais, estimulando o contato entre ambos e potencializado a maternagem à medida que propunha à mãe observar e reconhecer as trocas interativas ocorridas (Cypriano & Pinto, 2011).

### **Considerações finais**

Considerando os resultados obtidos, constatou-se que o estudo propiciou mudanças na interação mãe-bebê promovendo um espaço para o exercício da observação da criança na primeira etapa da intervenção e, na segunda, um momento para reconhecer e nomear emoções através do relato da vivência à terapeuta/pesquisadora. A pouca conexão afetiva percebida na fase inicial, pode resultar da impossibilidade materna para utilizar como referência, vivências infantis de cuidado e interação, que em ambos os casos foram descritas como falhas.

Por outro lado, a perda de outro bebê, anterior à criança participante do estudo, pode ser responsável pelos comportamentos intrusivos e hostis identificados nas mães, no período anterior à intervenção. A falta de investimento materno durante a gestação visando evitar a repetição do quadro anterior também foram evidentes, sugerindo a necessidade de um acompanhamento mais cuidadoso e rigoroso por parte dos profissionais da saúde, quando se deparam com gestantes com histórico de lutos recentes, a fim de prevenir nascimentos prematuros.

Tendo em vista que o enlutamento materno poderá se transformar em um fator de risco para o desenvolvimento de interações positivas mãe-bebê, torna-se essencial a elaboração de intervenções que contemplem estas díades e auxiliem às mães a se relacionarem com seus filhos, minimizando a influência negativa da vivência passada. Neste sentido, esta intervenção mostrou-se capaz de atuar sobre comportamentos maternos desfavoráveis à interação, auxiliando no aprimoramento da capacidade de observação, reconhecimento e tolerância materna para com as comunicações do bebê.

A abertura de um espaço destinado à construção da relação diádica, bem como o acompanhamento sistemático de um profissional interessado e disponível afetivamente, podem ter contribuído para alterações nos padrões interativos da mãe através de novas experiências também no que diz respeito ao meio. Sentindo-se acompanhadas pela terapeuta/pesquisadora, as mães perceberam-se mais competentes como cuidadoras, indicando a necessidade de diferentes ações dentro da UTIN que potencializem as competências maternas e voltem-se também para a interação afetiva que se inicia.

No que diz respeito às limitações deste estudo, encontra-se principalmente a dificuldade em realizar e manter os protocolos de uma intervenção voltada à interação mãe-bebê, em um contexto que ainda não desenvolve um trabalho interdisciplinar. Neste sentido, as interrupções foram constantes durante a intervenção, especialmente no

caso 2, denotando que o trabalho do psicólogo ainda é pouco valorizado e compreendido, talvez por não abarcar questões eminentes de sobrevivência, desconsiderando que também há neste contexto, a sobrevivência psíquica, tão responsável pela melhora do bebê quanto a estabilidade e maturação fisiológica.

Embora os achados sugiram que este estudo pode contribuir para a aplicação de intervenções neste âmbito hospitalar, que tenham como foco as relações iniciais entre mães e bebês prematuros em UTIN, sabe-se que o tema proposto não foi esgotado, dada sua amplitude. Espera-se assim, que a partir dele, novas pesquisas possam surgir que contemplem a promoção de intervenções voltadas à promoção dos laços afetivos mãe-bebê em UTIN, dada a escassez destas propostas e da possibilidade de se trabalhar com prevenção e promoção da saúde, bem como a investigação das repercussões da perda de um bebê, na gestação seguinte e nos padrões interativos com a criança que nasce a seguir.

## Referências

- Akhtar, S. (2007). Primeiros relacionamentos e sua internalização. In E. Person, A.M. Cooper, & G. Gabbard (Eds). *Compêndio de psicanálise* (pp.54-66). Porto Alegre: Artmed.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1995). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bouso, R. S., Poles, K., Serafim, T. D. S., & de Miranda, M. G. (2011). Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(2), 397–403. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200014>
- Brum, E. H. M. D. E., & Schermann, L. (2005). Intervenções frente ao nascimento

premature: uma revisão teórica. *Scientia*, 15(1), 60–67.

- Cohen, N., Muir, E., & Lojkasek, M. (1999). Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 429–451. Recuperado de <http://sundspyskologerna.se/files/Cohen-et-al-1999-WWW.testing-the-effectiveness-IMHjournal.pdf>
- Cohen, N. J., Muir, E., & Lojkasek, M. (2006). Watch, Wait and Wonder: an infant-led approach to infant-parent psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 14(2).
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cypriano, L. M., & Pinto, E. E. P. (2011). Chegada inesperada: a construção da parentalidade e os bebês prematuros extremos. *Psicologia Hospitalar*, 9(2), 2–25.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeracinales del apego: uma nova teoria. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Recuperado de <http://www.aperturas.org/23fonagy>.
- Fraga, D. A. De, Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2008). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Psicol.: Refl. Crít.*, 21(1), 33–41.
- Freire, T. C. G., & Charterlard, Daniela, S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9, 1007–1022.
- Garbarino, M. F. (1992). *Interaccion Temprana: investigación y terapéutica breve*. Montevideo: Gnosos.
- Gil, A. C. (2010). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gonzales-Serrano, F., Lasa A., Hernanz, M., Tapia, X., Torres, M., Castro, C., & Ibañez, B. (2012) Maternal attachment representations and the development of very low birth weight premature infants at two years age. *Infant Mental Health Journal*,

33(5), 477-488. Doi:10.1002/imhj.

- Kompinski, E. (2000). Observação de bebês: método e sentimentos do observador. In: N.A.Caron (Org). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp.9 -43), São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kupfer, M.C., Bernardino, L.M.F., Mariotto, R.M., & Taulois (2015). Metodologia IRDI nas creches: um acompanhamento do desenvolvimento psíquico na primeira infância. In M.C. Kupfer, & M. Szejer (Orgs). *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp.35-47). São Paulo: Instituto Lagage.
- Laznik, M.C., & Burnod, Y. (2015). O ponto de vista dinâmico neuronal sobre as intervenções precoces. In M.C. Kupfer, & M. Szejer (Orgs). *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções* (pp.17-35). São Paulo: Instituto Lagage.
- Newman, L., & Stevenson, C. (2008). Issues in infant--parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 505–14. Recuperado de <http://doi.org/10.1177/1359104508096766>
- Nunes, A., Branco, A., & Jeanne, V. (2013). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa : Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 2, 197–211.
- Ocampo, M. P. (2013). El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichan*, 13(1), 69–80. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2104>
- Oiberman, A. (2001). *Observando a los bebés: estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Oliveira-Menegotto, L. M. De. (2010). O método Bick de observação da relação mãe-bebê : aspectos clínicos. *Psicol. Clín.*, 22, 39–55.

- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., De Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol.Estud.*, 13(1), 63–72.
- Piccinini, C. A., Moura, M. L. S. De, Ribas, A. F. P., Bosa, C. A., Oliveira, E. A. De, Pinto, E. B., & Chahon, V. L. (2001). Diferentes Perspectivas na Análise da Interação Pais-Bebê/Criança. *Psicol.Refl.Crít.*, 14(3), 469–485.
- Pinto, E. B. (2007). A análise das interações pais/bebê em abordagem psicodinâmica: clínica e pesquisa. In C. A. Piccinini, & M.L.S. de Moura (Org.), *Observando a interação pais-bebê-criança: diferentes abordagens teóricas e metodológicas* (pp.37-72). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Pinto, E. (2009). O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. *Psicol.Refl.Crít.* Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/11.pdf>
- Potharst, E. S., Schuengel, C., Last, B. F., Van Wassenaer, A. G., Kok, J. H., & Houtzager, B. a. (2012). Difference in mother-child interaction between preterm- and term-born preschoolers with and without disabilities. *Acta Paediatrica*, 101(6), 597–603. Recuperado de from <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02599.x>
- Prado, L., Gomes, A., Frizzo, G., Santos, C. A., Schwenberger, D. D. S., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: Psicoterapia breve pais-bebê: revisando a literatura. *Rev.Bras.Psiquiatr.*, 31(3), 1–13. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a08s1.pdf>
- Rebelo, E. (2005). Importância da entreaajuda no apoio a pais em luto. *Psicológica*, 4, 373–380.
- Rocha, V., Guerra, M. P., & Maciel, M. J. (2010). Dependência tabágica, assertividade e alexitimia em doentes cardíacos. *Paidéia*, 20(46), 155–164.
- Silva, R. V., & Silva, Í. A. (2009). A vivência de mães de recém-nascidos prematuros

no processo de lactação e amamentação. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*, 13(1), 108–115.

Solis-Ponton, L. (2004). *Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Lebovici*. In L. Solis-Ponton (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio* (pp.21-29). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. Recuperado de <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Torquato Fernandes, R., Carvalho Lamy, Z., Morsch, D., Lamy Filho, F., Fernandes Coelho, L., Fernandes, R. T., & Coelho, L. F. (2011). Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros. *Ciênc. Saúde Colet.*, 16(10), 4033–4042. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/S1413-81232011001100008>

Tuters, E., Doulis, S., & Yabsley, S. (2011). Challengers working with infants and their families: symptoms and meanings-two approaches of infant-parent psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 32(6), 632–649. Recuperado de <http://doi.org/10.1002/imhj>.

Valle-Trapero, M. (2012). Niños de alto riesgo al nacimiento: aspectos de prevención, atención temprana neonatal y programas de seguimiento em niños prematuros. *Psicología Educativa*, 18, 135-144.

Véras, R. M., Vieira, J. M. F., & Morias, F. R. R. (2010). A maternidade prematura: O suporte emocional através da fé é religiosidade. *Psicol.Estud.*, 15(2), 325–332. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/S1413-73722010000200011>



- Winnicott, D. W. (1960). Teoria do relacionamento parento-infantil. In D.W.Winicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.38-55). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1968). Breast-feeding as communication maternal & child care. In D.W. Winnicott. *Babies & their mothers* (pp.23-33). London: Free Association Books.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Yoshida, E. M. P. (2000). Toronto alexithymia scale-tas: precisão e validade da versão em português. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(1), 59–74.

## Considerações Finais da Dissertação

O estudo aqui apresentado, que teve como propósito descrever uma intervenção psicoterápica realizada com duplas mãe-bebê prematuro, durante a internação em UTIN, compreendendo sua repercussão no funcionamento reflexivo, na capacidade de mentalização materna e na interação mãe-bebê, propôs uma temática ampla e complexa. Através dos dois estudos empíricos desenvolvidos ao longo desta dissertação, foi possível perceber a contribuição do aparato psíquico materno para a formação de vínculos de apego e para a interação mãe-bebê a partir da visão de determinados autores, representantes do aporte psicanalítico.

Neste sentido, a Seção I, que trouxe uma breve evolução acerca dos constructos referentes à teoria do apego e suas implicações na formação do psiquismo infantil, abordou conceitos atuais alusivos à função reflexiva e à capacidade de mentalização, evidenciando que estas são aquisições desenvolvimentais, resultantes da qualidade do vínculo primário mãe-bebê. Quando a mãe tem condições emocionais de entender as comunicações e necessidades do bebê, permite a ele significar e compreender o que se passa na mente dos outros (Slade, 2005; Viegas & Ramires, 2012).

Considerando que em diversos transtornos mentais há a redução ou instabilidade na função reflexiva e na capacidade de mentalização, pela interpretação equivocada que a mente faz das experiências vividas (Bateman & Fonagy, 2006; Eizirik & Fonagy, 2015) e que a capacidade de mentalização é um importante fator de resiliência (Fonagy, 1999), é premente a realização de estudos empíricos que proponham instrumentos efetivos para o desenvolvimento destas capacidades. A proposta de intervenção desta dissertação vem contemplar esta instância, abordando a formação do vínculo mãe-bebê em sua origem, favorecendo melhores resultados quanto ao estabelecimento de relações de apego seguro, fundamentais à evolução do psiquismo do bebê.

Por outro lado, o estudo apontou a necessidade do conhecimento e da valorização da história pregressa materna, à medida que experiências traumáticas na infância são responsáveis pela transmissão transgeracional das vulnerabilidades associadas ao trauma, podendo comprometer o desenvolvimento da função reflexiva e da capacidade de mentalização (Ensink, Fonagy, Normandin, Berthelot, & Biberdzic, 2015) e, talvez, ser responsável pela própria prematuridade. Nesta perspectiva, este estudo apresentou limitações à medida que não agregou à segunda etapa da intervenção, questionamentos referentes às influências destas vivências na formação das representações mentais sobre os bebês, embora esta compreensão estivesse presente na mente da pesquisadora durante todo processo.

Complementar ao estudo da Seção I encontra-se a pesquisa descrita na Seção II, que através da compreensão das repercussões da intervenção proposta na interação mãe-bebê prematuro internado em UTIN, abarcou as influências do estado afetivo materno decorrente de sua personalidade e da situação de prematuridade, na formação das primeiras interações mãe-bebê. Pode-se assim, se obter uma compreensão bidirecional da interação, que pressupõe a existência de dois parceiros ou dois fenômenos que reagem reciprocamente e abrangem o funcionamento parental e as contribuições do bebê (Wendland, 2001).

Neste sentido, destacou-se na Seção II a presença do luto materno em ambos os casos, decorrentes da perda de um bebê anterior, intervindo negativamente nas primeiras trocas interativas. Ao longo das primeiras entrevistas, evidenciou-se um descaso para com as condições físicas maternas que geraram a recente e prematura perda, constatado pela ausência de preocupação com os sintomas já conhecidos, que novamente se manifestaram e levaram à prematuridade do parto atual.

A postura de não cuidado apresentada pelas mães deste estudo, corroboram a

literatura quando aponta que diante de uma nova gestação, as mães que sofreram aborto ou perda anterior, sentem-se fracassadas e incompetentes para gerar uma nova vida, desistindo de investir em outra relação (Freire & Charterlard, 2009). Desta forma, o enlutamento materno torna-se fator de risco para a formação da interação mãe-bebê, justificando a necessidade de maior suporte desde a gestação, que permita a estas mães, elaborarem suas perdas e retomarem o desejo de investir em outra criança; esta intervenção mostrou-se efetiva neste aspecto, à medida que propõe um intenso acompanhamento das mães e especialmente no segundo momento, a oportunidade para falarem sobre suas emoções perante as manifestações dos filhos.

Por outro lado, a prematuridade tem se constituído como um fator de risco para o desenvolvimento das interações mãe-bebê, especialmente pela associação de fatores como baixo peso do bebê, depressão e estresse materno (Brum & Schermann, 2005). Somadas às taxas crescentes de incidência de partos prematuros encontradas no Brasil e ao avanço tecnológico das UTINs que permitem maior índice de sobrevivência das crianças (Schaefer & Donelli, submetido) abre-se um campo profícuo para intervenções voltadas à interação mãe-bebê, com esta população.

Assim, a pesquisa exposta mostrou que esta intervenção pode ser um instrumento capaz de promover mudanças na qualidade das relações mãe-bebê que se iniciam, bem como na função reflexiva e na capacidade de mentalização materna, embora o grau de transformação esteja diretamente relacionado ao funcionamento mental das mães. Reafirma também, que o período neonatal, sensível para o desenvolvimento infantil, é propício à realização de intervenções que podem gerar ganhos duradouros a curto, médio e longo prazo (Brum & Schermann, 2007).

Diante da complexidade do tema aqui proposto, percebe-se a necessidade de outros estudos que contemplem aspectos subjetivos ao período de internação de bebês

prematuros que repercutem na formação de sua personalidade, assim como na experiência da maternidade. Neste sentido, espera-se que esta dissertação contribua com reflexões que proporcionem o desenvolvimento do conhecimento científico e de novos estudos que permitam à psicologia apropriar-se deste contexto, indo além da luta pela vida, abrindo caminho para intervenções que favoreçam o desenvolvimento de laços afetivos entre pais e a criança, agora também na luta pela construção da vida psíquica.

*“Os poemas são como pássaros que chegam  
Não se sabe de onde  
Pousam no livro que lê.  
Quando fecha o livro,  
Eles alçam voo como de um alcapão.  
Ele não tem pouso, nem porto.  
Alimentam-se um instante em cada par de mãos e partem.  
E olhas, então, essas tuas mãos vazias,  
No maravilhoso espanto  
De saberes que o alimento deles  
Já estava em ti.”  
(Mario Quintana)*

### Referências da Dissertação

- Bateman, A., Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder*. New York: Oxford University Press.
- Brum, E.H.M., & Schermann, L. (2007). Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Humano*, 17(2), 12-23.
- Eizirik, M. Fonagy, P. (2015). Terapia de mentalização. In C.L., Eizirik, R.W. Aguiar, & S.S. Schestatsky (Orgs). *Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp.454-463). Porto Alegre: Artmed.
- Ensink, K., Fonagy, P., Normandin, L., Berthelot, N., & Biberdzic, M. (2015). O papel protetor da mentalização de experiências traumáticas: implicações quando da entrada na parentalidade. *Estilos Clín.*, 20(1), 76–91.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeracinales del apego: uma nova teoria. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Recuperado de <http://www.aperturas.org/23fonagy>.
- Freire, T. C. G., & Charterlard, Daniela, S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal -Estar e Subjetividade*, 9, 1007–1022.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). Recuperado de <http://cod.ibge.gov.br/232GH>
- Ministério da Saúde. (2011). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru*. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Schaefer, M.P., & Donelli, T.M.S. Intervenções com Pais e Bebês Prematuros Internados em UTIN: uma revisão sistemática. Submetido.
- Slade, A. (2005). Parental reflexive functioning: an introduction. *Attachment & Human Development*, 7 (3), 269-281.
- Unicef- Fundo das Nações Unidas para a Infância (2013). Recuperado de

[http://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_25849.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm)

Viegas, P.C., Ramires, V. R.R. (2012). Pré-adolescentes em psicoterapia: capacidade de mentalização e divórcio altamente conflitivo dos pais. *Estud.Psicol.*, 29, 841-849.

Wendland, J. (2001) A Abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicol. Refl.Crít.*, 14(1), 45-56.

Winnicott, D. W. (1968). Breast-feeding as communication maternal & child care. In: Winnicott, D.W. *Babies & their mothers* (pp.23-33). London: Free Association Books.

## **Apêndices**



## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Meu nome é Márcia Pinheiro Schaefer, sou aluna do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e estou realizando uma pesquisa sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tagma M. S. Donelli, que visa investigar como a interação mãe-bebê se desenvolve, quando se realiza uma intervenção psicológica voltada para bebês prematuros hospitalizados, e suas mães. Através deste estudo, espero contribuir com as práticas em saúde, mais especificamente com a formação de bons vínculos entre a mãe e sua criança, que nasceu prematuramente.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, ela se dividirá em três etapas: inicialmente serão realizadas duas entrevistas individuais, gravadas em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas a respeito de seus dados de identificação pessoal, demográficos, da gestação, do parto e da situação de internação de seu bebê e posteriormente, será gravada em vídeo, 30 minutos de uma filmagem da sua interação com sua criança. Na segunda etapa, será realizada a intervenção conjunta na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo), quando você permanecerá junto ao seu bebê para observá-lo e interagir e posteriormente, conversar a respeito desta experiência com a pesquisadora. Serão realizadas entre seis e 12 sessões de intervenção, com duração aproximada de 30 minutos cada uma. Na terceira etapa, serão realizadas duas entrevistas, com duração aproximada de 60 minutos, nas quais você irá responder novamente algumas perguntas feitas na primeira etapa e também sobre sua experiência durante o período de internação do bebê.

As entrevistas e a intervenção representam risco mínimo para sua integridade e segurança. Entretanto, se você se sentir desconfortável ou constrangida, pode se negar a responder as perguntas ou mesmo participar das intervenções. Você também pode desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ao atendimento que você já vem recebendo no hospital. Além disso, você pode fazer perguntas e solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade, através do e-mail [marcialavarda@gmail.com](mailto:marcialavarda@gmail.com), ou do telefone (51)35911208. Caso seja necessário e do seu interesse, poderão ser realizados encaminhamentos para instituições de atendimento psicológico. Você também poderá solicitar uma devolução sobre os resultados dos instrumentos que você respondeu.

Os seus dados de identificação e nomes serão confidenciais e reservados, não sendo divulgados sob hipótese nenhuma e servirão apenas para caracterizar o público que está colaborando com a pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados para este estudo e poderão ser divulgados em eventos e demais veículos de comunicação científica. Os dados serão armazenados durante cinco anos e, após, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

Se você aceita participar desta pesquisa, é preciso assinar este Termo de Consentimento em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra comigo.

#### Declaração de Consentimento

Confirmando ter conhecimento do conteúdo desse termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo com a minha participação e também de meu(minha) filho(a) nessa pesquisa, e por isso dou meu consentimento, inclusive para utilização das imagens obtidas nas filmagens.

CEP - UNISINOS  
VERSÃO APROVADA

Av. Unisinos, 950 Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul, Brasil 12.1.16

## Apêndice B – Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos

(Adaptado de NUDIF, 2008)

<b>Pseudônimo:</b> _____	<b>Data:</b> __/__/____
<b>Caso:</b> _____	<b>Entrevistador:</b> _____

**Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você, seu bebê e sua família:**

### DADOS DA MÃE

Data de nascimento: \_\_ \_\_/ \_\_ \_\_/ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_      Idade: \_\_ \_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Fone: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Fone para recados: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**

- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- ensino superior incompleto
- ensino superior completo
- pós-graduação

**Estado civil:**

- solteira
- casada
- separada/divorciada
- viúva
- morando junto
- está namorando

Caso seja casada ou esteja morando junto, desde quando? \_\_ / \_\_ / \_\_

Tem outros filhos? ( ) sim ( ) não.

Quantos: \_\_\_\_\_

Idades dos outros filhos: \_\_\_\_\_

Idade da primeira gestação: \_\_\_\_\_

**Dados da infância:**

Na infância, foi cuidada;

- pela mãe
- pelo pai
- pela mãe e pelo pai
- pelos avós
- outros. Quem? \_\_\_\_\_

Passou por alguma experiência de:

- abandono
- negligência
- maus-tratos
- abrigo
- outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Dados profissionais:**

Atualmente está trabalhando? ( ) sim ( ) não ( ) aposentada

Em caso negativo perguntar: Você já trabalhou? ( ) sim ( ) não

Que tipo de trabalho você faz (explicitar)? \_\_\_\_\_

Quantas horas? \_\_ \_\_ por dia

Você é remunerada? ( ) sim ( ) não Qual o valor? \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_ reais

Caso trabalhava, mas parou, por quê? \_\_\_\_\_

Que trabalho você fazia? \_\_\_\_\_

Você recebia? ( ) sim ( ) não Qual o valor? \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_ reais

**Dados sobre a gestação (se for a mãe biológica):**

Realizou pré-natal? ( ) não ( ) sim. Quantas consultas? \_\_\_\_\_

Se sim, onde realizou o pré-natal? ( ) posto de saúde ( ) consultório privado

Qual? \_\_\_\_\_

Fez tratamento para engravidar? ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_

Houve algum problema na gestação? ( ) não ( ) sim

Se sim, qual?

( ) hipertensão

( ) diabetes gestacional

( ) vômitos frequentes

( ) infecção urinária

( ) anemia severa

( ) ameaça de aborto

( ) placenta prévia

( ) DSTs

( ) HIV/aids

( ) toxoplasmose

( ) rubéola

( ) sangramentos

( ) contrações com risco de parto prematuro

( ) traumatismos (quedas, fraturas, acidentes...)

( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

Tomou alguma medicação durante a gestação? ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_

Fez uso de cigarro/álcool/drogas durante a gestação? ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_

**Dados gestacionais anteriores:**

Número de gestações: \_\_\_\_\_

Aborto? ( ) não ( ) sim Espontâneo ( ) Provocado ( )

Partos anteriores? ( ) sim ( ) não

Bebê natimorto? ( ) sim ( ) não

Morte no primeiro ano de vida do bebê? ( ) sim ( ) não - Motivo: \_\_\_\_\_

**Dados sobre a saúde em geral:**

Tem alguma doença física? ( ) sim ( ) não. Caso sim, qual? \_\_\_\_\_

Tem alguma doença mental ou dos nervos? ( ) sim ( ) não. Caso sim, qual? \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação? ( ) sim ( ) não. Caso sim, qual? \_\_\_\_\_ cigarro ( )

) álcool ( ) outras drogas.

Qual? \_\_\_\_\_

<b>DADOS DO FILHO/A (ALVO DA PESQUISA)</b>
--

Data de nascimento: \_\_ / \_\_ / \_\_ Idade: \_\_ (meses)

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Ordem de nascimento: ( ) primogênito ( ) segundo filho ( ) terceiro filho ( ) quarto ou mais

Local de nascimento: ( ) hospital. Qual? \_\_\_\_\_

( ) domicílio ( ) outro Qual? \_\_\_\_\_

Tipo de parto: ( ) normal ( ) cesárea ( ) com fórceps

Alguma complicação no parto? ( ) não ( ) sim

Qual?

( ) pré-eclâmpsia

( ) eclâmpsia

( ) hemorragia

( ) descolamento de placenta

( ) febre/infecção

( ) desproporção céfalo-pélvica

Idade gestacional do bebê ao nascer (em semanas): \_\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ Apgar: 1º minuto: \_\_\_\_\_ 5º minuto: \_\_\_\_\_

Necessitou internação após o nascimento? ( ) não ( ) sim.

Qual o motivo da internação? \_\_\_\_\_

Qual o tempo de internação neonatal? \_\_\_\_ (em dias)

<b>ASPECTOS DA MORADIA ATUAL:</b>
-----------------------------------

Quantas pessoas moram na casa, incluindo você: \_\_\_\_\_

Quem são os moradores da casa? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas trabalham? \_\_\_\_

Caso ninguém trabalhe, quem/como sustenta a casa? \_\_\_\_\_

Renda mensal aproximada: \_\_\_\_\_

Características da sua casa:

A casa é de: ( ) madeira ( ) material ( ) mista

Nº de quartos: \_\_\_\_ Nº total de peças \_\_\_\_

Na sua casa tem:

Água encanada? ( ) sim ( ) não

Luz elétrica? ( ) sim ( ) não

Esgoto? ( ) sim ( ) Não

**Apêndice C - Entrevista de História de Vida da Mãe**

<b>Pseudônimo:</b> _____ <b>Data:</b> _ / _ / _ _ _ _
<b>Caso:</b> _____ <b>Entrevistador:</b> _____

*OBS: Antes da entrevista ser iniciada, mencionar na gravação:*

- 1) *Pseudônimo do Entrevistado*
- 2) *Nome do entrevistador*
- 3) *Data da entrevista*
- 4) *Instrumento Utilizado*

**Questão motivadora:** Podes me contar sobre como foi tua infância?

Se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:

- a. Como eras suas relações com os pais na infância? Podes dar um exemplo?
- b. Houve experiências de separação, abandono, perda e morte, maus-tratos?
- c. Quais os efeitos que julga que essas experiências tenham trazido para sua vida atual (por exemplo, se julga que alguma dessas experiências foi um revés para o seu desenvolvimento)?
- d. Por que acha que os pais agiram assim?
- e. Como acha que os pais deveriam ser na infância?
- f. Como é a relação com os pais hoje?
- g. Como se sente em relação aos seus próprios filhos, às experiências de separação dos filhos, e como acha que as experiências com os próprios pais afetam sua relação com os filhos?

## Apêndice D - Entrevista de História da Internação

<b>Pseudônimo:</b> _____ <b>Data:</b> _ / _ / _ _ _ <b>Caso:</b> _____ <b>Entrevistador:</b> _____
---

*OBS: Antes de a entrevista ser iniciada, mencionar na gravação:*

- 5) *Pseudônimo do Entrevistado*
- 6) *Nome do entrevistador*
- 7) *Data da entrevista*
- 8) *Instrumento Utilizado*

**Questão motivadora:** Podes me contar sobre como foi o período de internação na UTIN?

Se não aparecer no relato espontâneo, perguntar:

- a. Como foram as primeiras impressões sobre teu bebê prematuro?
- b. E as impressões sobre a UTINEO?
- c. Como era tua relação com teu bebê por ocasião do nascimento dele?
- d. Como te sentias em relação ao profissionais da UTIN?
- e. O que tu imaginas que eles pensavam a respeito de ti e do teu bebê?
- f. O que pensavas e sentias quando foste para casa e o bebê ficou internado?
- g. Como tu achas que as outras pessoas percebiam teu bebê?
- h. Quais os efeitos que julgas que essa experiência de internação tenha trazido para tua relação atual com o bebê? Por quê?
- i. Como foi passar pela experiência da intervenção W.W.W.?
- j. Quais os efeitos que julgas que essa experiência junto ao bebê tenha trazido para tua relação atual com o bebê?
- k. Como tu percebes teu bebê hoje?
- l. Como tu achas que as outras pessoas percebem teu bebê hoje?
- m. Atualmente, te sentes preparada para ir para casa?
- n. Como tu percebes tua relação com teu bebê hoje?

## Apêndice E – Resolução do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)  
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

### UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA RESOLUÇÃO 183/2014

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

**Projeto:** Nº CEP 14/194    **Versão do Projeto:** 12/12/2014    **Versão do TCLE:** 12/12/2014

**Coordenadora:**


Mestranda Márcia Pinheiro Schaefer (PPG em Psicologia)

**Título:** WATCH, WAIT AND WONDER: uma intervenção no contexto da prematuridade.

**Parecer:** O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 12 de dezembro de 2014.

  
Prof. Dr. José Roque Junges  
Coordenador do CEP/UNISINOS

## Apêndice F - Checklist para Avaliação Clínica da Mentalização

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE			
PSEUDÔNIMO: _____			
DATA: _____		IDADE: _____	
Temas da Mentalização	Exemplo mais convincente	Forte evidência (1) Alguma evidência (0.5)	Categorias
<b>Compreensão dos pensamentos e sentimentos de outras pessoas</b>			
Opacidade			
Ausência de paranóia			
Contemplação e reflexão			
Tomada de perspectiva			
Interesse genuíno			
Abertura para descoberta			
Perdão			
Previsibilidade			
<b>PONTUAÇÃO</b>			
<b>Percepção do próprio funcionamento mental</b>			
Instabilidade			
Perspectiva desenvolvimental			
Ceticismo realista			
Reconhecimento da função pré-consciente			
Conflito			
Postura auto-inquisitiva			
Interesse na diferença			
Consciência do impacto do afeto			
<b>PONTUAÇÃO</b>			
<b>Representação do self</b>			
Habilidades pedagógicas e de escuta avançadas			
Continuidade autobiográfica			
Vida interna rica			
<b>PONTUAÇÃO</b>			
<b>Valores e atitudes gerais</b>			
Hesitação			
Moderação			
<b>PONTUAÇÃO</b>			

Viegas, P.C. (2009). *Função reflexiva e a capacidade de mentalização em pré-adolescentes que vivenciaram o divórcio altamente conflitivo dos pais.*

(Unpublished master's thesis). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo.