

Musicoterapia com mães de recém-nascidos internados em UTI neonatal

KARST, T. Lara¹

larakarst@gmail.com

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara²

RESUMO Este trabalho trata de uma pesquisa de campo realizada com mães de recém-nascidos internados na UTI Neonatal de um hospital pediátrico. O objetivo principal deste estudo foi investigar como a Musicoterapia pode auxiliar no alívio da ansiedade das mães no momento que precede a visita ao filho na UTI Neonatal. Os dados coletados foram analisados e discutidos a partir da metodologia Clínico-Qualitativa (TURATO, 2003), voltada para pesquisas na área da saúde. Estabeleceu-se uma relação entre Psicanálise e Musicoterapia, visando uma melhor compreensão dos fenômenos ocorridos no *setting* musicoterápico. A partir deste estudo, foi possível observar que a Musicoterapia atuou no alívio da ansiedade das mães a partir do momento em que promoveu uma percepção interna aumentada nas mesmas, através da expressão.

PALAVRAS CHAVE: Musicoterapia, UTI Neonatal, Humanização.

INTRODUÇÃO

A notícia de que o filho será internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) logo após o nascimento provoca muito medo nos pais, nas mães e no círculo familiar. Tanto em um parto prematuro ou nascimento acompanhado de problemas, a situação é inesperada e os pais não sabem lidar com ela. Neste período, é presente a sensação de perda de um ideal, havendo a necessidade de um esforço intenso para adaptação à nova realidade.

O estado clínico do bebê que pode por algum tempo impossibilitá-lo de viver fora de uma incubadora neonatal, a privação de contato com a mãe, afetam a continuidade da relação de intimidade e de estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê. Isto pode afetar negativamente a relação mãe-filho e, também, o desenvolvimento bio-psico-social saudável da criança.

Durante a gravidez, a mulher vive o bebê psiquicamente como parte do seu corpo e cria uma relação imaginária, com idealizações, sonhos e valores que são transmitidos entre gerações. No período de gestação, a mulher integra gradualmente o feto à sua imagem corporal e, com o nascimento, precisa integrá-lo psiquicamente como um ser

¹ Graduada em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás. Musicoterapeuta do Setor de Oncologia Pediátrica do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás. Diretora Cultural da Sociedade Goiana de Musicoterapia (gestão 2005-2007).

² Leomara Craveiro de Sá: Doutora em Comunicação e Semiótica - PUC/SP; Musicoterapeuta; Especialista em Musicoterapia e em Música – UFG; Bacharel em Instrumento – UFG; Professora-pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Música (*stricto sensu*) da UFG.

separado. O nascimento exige um remanejamento psíquico na família e remete os pais à suas vivências como bebê, levando à necessidade de uma reorganização do espaço familiar para o acolhimento do mesmo. Os pais projetam nos filhos suas expectativas e desejos. O bebê está representado, no psiquismo dos pais, antes mesmo de sua concepção, idealizado.

O nascimento impõe uma separação corporal que, de certa forma, é traumática tanto para a mãe quanto para o filho. De acordo com BENEDECK (in: ROHENKOHL, 2000, p. 51), o traumatismo dessa separação corporal é amenizado pelo processo de maternagem, pois, mesmo após o nascimento, continua uma “gestação psíquica” quando a mãe funciona como continente e organizador psíquico para seu bebê. A relação entre mãe e filho é restabelecida através da amamentação e dos cuidados dispensados ao bebê. Aos poucos, com o suporte do contato corporal e psíquico, mãe e bebê vão elaborando o processo de separação e distinção de seres.

Quando o bebê nasce com algum problema e é internado em uma UTI Neonatal logo após o nascimento, leva os pais a uma vivência de fracasso. O trabalho de distinção entre o bebê idealizado e o bebê real é dificultado pela circunstância da privação de contato precoce. Segundo KLAUSS e KENNEL (in: KLAUSS et. al., 1995, p. 142), existe um período sensível durante o qual ocorre o apego entre mãe e filho, e uma separação precoce prejudica, às vezes de modo irreversível, o desenvolvimento da maternalidade e, conseqüentemente, o estabelecimento de pródigas interações mãe-bebê.

Dentro da proposta de humanização de algumas maternidades e hospitais, já existem profissionais que trabalham na busca por oferecer suporte emocional para as mães e/ou família, a fim de favorecer a relação precoce entre mãe e bebê em uma UTI Neonatal. O desenvolvimento desta pesquisa surgiu a partir do conhecimento dos danos emocionais que podem advir desta situação de privação de contato mãe-bebê logo após o nascimento e da busca pela ampliação de projetos de humanização do tratamento na área da saúde.

APRESENTAÇÃO DA UTI NEONATAL

A UTI Neonatal é um espaço destinado ao tratamento de bebês que apresentem algum problema ao nascimento. O tratamento intensivo é indicado para bebês prematuros (nascidos antes de 37 semanas de gestação), bebês com baixo peso (com menos de 2500g), casos de intervenções cirúrgicas no primeiro mês de vida, problemas cardíacos, abdominais, torácicos, neurológicos, dificuldade respiratória, infecções.

O trabalho em uma UTI Neonatal é realizado por uma equipe de profissionais para fornecer cuidados adequados às necessidades de cada bebê. Em geral, a equipe é formada por neonatologista, enfermeiro, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo (auxílio para superar o trauma dos tubos, respirador, posturas rígidas impostas pelo tratamento intensivo, assegurar uma alimentação eficiente, realizar observação comportamental auditiva), outros profissionais de saúde para a realização de exames complementares, profissionais que fazem limpeza e manutenção de equipamentos. Quando um bebê apresenta um problema particular, é necessário chamar um especialista para atendê-lo, como: cardiologista, neurologista, hematologista, oftalmologista, nefrologista, gastroenterologista.

Uma UTI Neonatal funciona durante 24 horas e, normalmente, tem restrição ao acesso de pessoas externas à equipe, com o objetivo de controlar a infecção hospitalar, que é de grande risco para o bebê. Seu ambiente é constituído de vários equipamentos e há muita movimentação de pessoas ao redor do bebê, concentrando no mesmo espaço, recursos humanos e tecnologia necessária para manter as funções vitais do bebê.

No ambiente da UTI Neonatal, é constante a presença de barulho e luminosidade. O barulho, em geral, é causado por alarmes de monitores que fornecem informações aos médicos e enfermeiros, motores de incubadoras, respiradores, diálogo de pessoas. Todos esses ruídos contribuem para alterar o ciclo de sono e vigília dos bebês. Atualmente, estão sendo realizados estudos que sugerem que além dos aspectos técnicos, térmicos e bacteriológicos, os aspectos sensoriais do ambiente da UTI Neonatal podem exercer um papel importante no processo de maturação neurológica e física do bebê, podendo ser essenciais, também, no aperfeiçoamento de muitos processos de ordem mais elevada. De acordo com KLAUSS et al. (1995, p. 94 - 95):

esses estudos revelam que, se um pequeno prematuro for tocado, acalentado, acariciado, aconchegado, ou quando se fala para ele diariamente durante sua estada no berçário, ele poderá ter menos episódios apnéicos e um maior aumento de peso, bem como progredir mais rapidamente em algumas áreas do funcionamento do SNC, um progresso que vai persistir durante meses após a alta do hospital. (...) Se a mãe for capaz de estimular o filho, levará para casa uma criança responsiva, capaz de ter um comportamento mais aproximado daquele neonato a termo que ela esperava.

Em uma UTI Neonatal, os recém-nascidos estão entre a vida fetal e a vida exterior. O bebê hospitalizado logo após o nascimento, lida com aspectos desorganizantes, como diversos estímulos sensoriais intensos, dolorosos e, algumas vezes, nocivos a ele. Alguns tratamentos podem estressar e causar dor aos bebês como: coleta de sangue para exames, punção de veias, aspiração de secreções, realização de radiografias e outros. Para bebês muito pequenos, somente cuidados como trocar fralda e alimentar podem causar incômodo. Segundo WIRTH (in: CARON, 2000, p. 210), os bebês podem desconfiar do ambiente e se refugiarem no sono ou se tornarem superexcitáveis.

Os pais poderiam ser os grandes compensadores do estresse vivenciado pelo bebê, mas, muitas vezes, sentem-se desautorizados e incapazes de atuar nos cuidados de seu filho, havendo, inclusive, dificuldades no reconhecimento desse bebê como sendo deles. LACERDA (2004, p.1).

Os estímulos aos bebês devem ser adequados às condições evolutivas e às necessidades individuais de cada um, para que não se excedam e causem estresse e danos físicos para o organismo imaturo. Para isto, é importante observar as reações do próprio recém-nascido a cada estímulo sensorial que receber. No trabalho de estimulação dos recém-nascidos em UTI, é essencial a participação dos pais, porém, os pais precisam ser orientados sobre suas ações com o bebê, já que, muitas vezes, não compreendem que o pequeno prematuro pode ver e ouvir.

Quando o bebê sai da situação de alto risco, é encaminhado para uma Unidade de Cuidados Intermediários, onde permanece em observação cuidadosa, recuperando peso e condições clínicas para receber a alta hospitalar.

VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ NA UTI NEONATAL

Nos últimos 30 anos, foram realizados vários estudos sobre a possibilidade de existência de um período sensível para o contato entre mãe e recém-nascido nas primeiras

horas e dias de vida. Defendia-se que, este contato, sendo íntimo e demorado, poderia alterar a qualidade dos laços afetivos entre mãe-bebê. À partir dos diversos estudos, foi possível observar a existência de um sistema complexo e à “prova de falhas”, destinado a assegurar a aproximação entre a mãe e o filho.

Mantendo a mãe e o neonato juntos logo após o nascimento, há probabilidades de se iniciar a ação dos conhecidos mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais que possivelmente ajudam a unir pais e filhos (KLAUSS e KENNEL in: KLAUSS et. al., 1995, p. 143).

Winnicott³ criou o conceito de “Preocupação Materna Primária”, que se trata de um estado de sensibilidade aumentada, que é acentuada no decorrer da gravidez e dura por algumas semanas ou meses após o nascimento do bebê. Isto acontece devido a algumas mudanças fisiológicas ocorridas na mãe desde o período de gestação e que, gradualmente a torna mais sensível para mudanças psicológicas sutis, que levam-na a prestar mais atenção em si mesma e no bebê que está se formando. Neste período, a mãe apresenta uma grande capacidade de identificação com seu filho, podendo sentir como se estivesse no lugar dele, percebendo suas necessidades corporais e egóicas para poder atendê-las.

O pós-parto gera na mulher uma condição regressiva identificada com o bebê. O vínculo é estabelecido pelos cuidados dispensados ao filho e a relação recíproca e complementar entre mãe-bebê. Em caso de nascimento prematuro ou acompanhado de doença que necessite internação em UTI Neonatal, a continuidade da relação é abruptamente rompida pela hospitalização. A mãe normalmente passa a apresentar dificuldade em se relacionar com a situação de quebra de um sonho e perigo da perda do filho. A situação de internação de um bebê em uma UTI Neonatal gera na família, de um modo geral, sentimentos como fracasso, insegurança, culpa, medo, imaturidade, que influenciam diretamente a relação mãe-bebê e a vida na UTI Neonatal.

Infelizmente... algumas mães abandonam bebês cujas necessidades elas não satisfizeram e pelos quais perderam todo o interesse. A vida do pequeno foi salva, é verdade, porém não à custa da mãe (BUDIN, 1907, in: KLAUS e FANAROFF, 1995, p. 139).

A primeira visita das mães à UTI muitas vezes provoca um choque, pois elas sentem-se culpadas por ver o filho em uma incubadora neonatal, com marcas de picadas de agulha, cheio de fios, tubos e cercado de aparelhos para garantir sua sobrevivência. As mães sentem-se frustradas por não poderem aconchegar o bebê, embalá-lo, e sentem-se inseguras para carregar um bebê tão pequeno e frágil ou, até mesmo, tocar nele dentro da incubadora. Nestas situações considera-se que tanto o bebê quanto seus pais são pré-maduros em aspectos emocionais. De acordo com ALBUQUERQUE (2003, p. 1),

as mães – algumas, mais sensíveis, conseguem adaptar-se à nova realidade e atingem o estado especial de devoção. Mas não podem vivê-lo integralmente, pois ele pressupõe a não-separação, o cuidado contínuo, o holding físico (acolhimento) que de início não é possível. Quando a mãe consegue receber o filho nos braços, em geral já se passou longo tempo de privação.

³ Donald Woods Winnicott foi um pediatra e psicanalista britânico da segunda metade do século XX.

O vínculo entre os pais e o bebê pode ser prejudicado quando os pais perdem a esperança na recuperação do filho. As mães podem, inclusive, evitar um contato de intimidade maior, por medo de terem uma maior ligação afetiva com o bebê e perdê-lo. Muitas vezes, a mãe se torna mais presente na UTI quando seu filho está mais parecido com um bebê a termo ou quando está melhorando clinicamente. O conhecimento da realidade de que o bebê pode morrer, leva ao esquecimento da realidade de que ele ainda está vivo.

A experiência emocional estressante da mãe pode resultar, muitas vezes, na diminuição da qualidade dos cuidados dispensados à criança. Como a mãe tem alta hospitalar e o bebê continua internado, esse distanciamento agrava a crise psicológica e prejudica a amamentação e o vínculo afetivo mãe-bebê. (LINHARES, 2002, p. 02).

A auto-estima da mãe do prematuro diminui muito ao sentir medo de fazer mal ao bebê e, algumas vezes, ela passa a sentir-se incapaz de criar aquele filho, por ver que ele está sendo cuidado por uma equipe especializada e em constante vigilância. A mãe necessita do estímulo do bebê, do seu olhar, dos seus gritos, da percepção de sua presença, manifestando o interesse por ela. Quando o bebê não tem condições de dar as respostas que a mãe espera e precisa, ela pode criar uma resistência interior para se proteger desta situação angustiante e agir como se nada estivesse acontecendo.

A capacidade das mães tolerarem a frustração auxilia na proximidade com seus filhos, e a presença positiva delas pode ser favorável à evolução do caso clínico, como comprova o neonatologista PUPO FILHO (2000, p. 01):

quem já trabalhou em UTI Neonatal com certeza já vivenciou inúmeras vezes a experiência de ver um recém-nascido que sempre apresenta piora súbita, quando recebe a visita de um familiar muito perturbado ou pesaroso. Da mesma forma, outros melhoram na presença de um pai ou uma mãe mais positivos. Conversar com o bebê, tocá-lo, fazê-lo sentir sua presença, transmitindo-lhe segurança, afeto, apoio e boas energias é parte importante do tratamento.

KLAUS e KENNEL (in: KLAUS e FANAROFF, 1995, p. 140), à partir de estudos sobre a separação entre mãe e filho e as práticas hospitalares nas primeiras horas e dias de vida, reuniram algumas fases favoráveis para a afeição entre pais e filho:

Fases de afeiçoamento

Antes da gestação

- Planejamento da gestação

Durante a gestação

- confirmação da gestação
- aceitação da gestação
- percepção dos movimentos fetais
- começando a aceitar o filho como um indivíduo

Trabalho de parto

Nascimento

Após o nascimento

- ver o bebê
- tocar o bebê
- cuidar do bebê
- aceitar o neonato como um indivíduo à parte

O estabelecimento do vínculo mãe-bebê, no período de hospitalização, tem uma função importante para a saúde mental do bebê. Este processo, muitas vezes, necessita da participação de uma equipe interdisciplinar no que se refere ao entendimento das ansiedades e sentimentos dos pais na situação de risco, criando um ambiente de atenção e receptividade.

OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como objetivos: a) investigar como a Musicoterapia pode auxiliar no alívio da ansiedade das mães no momento que precede a visita à UTI Neonatal; b) investigar os possíveis efeitos terapêuticos favoráveis ao vínculo mãe-bebê, c) investigar junto à equipe médica e de enfermagem responsável pela UTI Neonatal, a ocorrência de possíveis mudanças no comportamento das mães no momento das visitas ao filho que está na UTI.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi utilizada a metodologia da pesquisa Clínico-Qualitativa (TURATO, 2003), voltada para pesquisas na área da saúde. O pesquisador clínico-qualitativo deve ter a atitude de acolhimento ao sofrimento emocional do sujeito da pesquisa, através da interação entre sua postura de escuta, olhar e sensibilidade e os conhecimentos teóricos da metodologia de investigação.

Para o pesquisador qualitativo, além dos fatos e dados, é preciso a imaginação, interpretação para a compreensão do que eles querem dizer para as pessoas e para a cultura. A metodologia qualitativa considera os planos das estruturas sociais, culturais, buscando saber o que isto quer dizer dentro de um determinado contexto. Os métodos clínicos, partindo de paradigmas sócio-antropológicos, utilizam conhecimentos psicanalíticos, tanto para a pesquisa de campo, na valorização dos fenômenos transferenciais, como para a discussão de resultados, na valorização dos mecanismos inconscientes de adaptação. Segundo TURATO (2003, p. 239),

ter uma atitude clínica significa colocar-se naturalmente frente a uma pessoa necessitada para ao menos compartilhar com ela as ansiedades e angústias pessoais, surgidas ou agravadas com sua condição de adoentado, havendo espontaneamente efeitos psicoterapêuticos. (...) A atitude clínica, por sua vez, analogamente, significa que olhos e ouvidos qualificados se aproximam para compreender existencialmente os sofrimentos que acometem o outro.

TURATO (2003, p. 242) apresenta uma ampla definição do método clínico-qualitativo:

a partir das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos

qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade.

A pesquisa clínico-qualitativa trabalha com fenômenos adotando posturas existencialistas, fenomenológicas e psicanalíticas. É na psicanálise que ela opta por buscar elementos norteadores para a elaboração e aplicação dos instrumentos auxiliares de pesquisa, bem como o referencial teórico para a atividade de imaginação/discussão dos resultados.

TEORIA PSICANALÍTICA E MUSICOTERAPIA

A fim de buscar referencial teórico para a discussão dos resultados será feita uma breve relação entre a Psicanálise e a Musicoterapia, assim como a interlocução de conhecimentos destas áreas.

Como a música, a psicanálise é um desenvolvimento que não privilegia nem a realidade psíquica nem a realidade material. Ambas dependem, como portas de entrada, das impressões sensoriais e transcendem este nível. Talvez estejamos às voltas com algo tão impossível de ser nomeado e compreendido, mas passível de ser intuído e experimentado, que a analogia pode ser feita com a energia transcendendo, relacionada à velocidade da luz, o seu estado de matéria. Nesta transcendência, adentram ao desconhecido que provavelmente se relaciona ao próprio desconhecido da vida. (SANDLER, 2002, p.1).

A música é considerada um instrumento para a auto-expressão emocional e uma forma de liberação, através do não-verbal, de conteúdos do inconsciente. Com a ajuda de um terapeuta, a pessoa pode utilizar a música como um canal expressivo para descarregar a pressão de emoções dolorosas. WRIGHT e PRIESTLEY (in: RUUD, 2000, p. 42) integraram a teoria psicanalítica em sua abordagem da musicoterapia denominada “Musicoterapia Analítica”. Eles buscaram atingir objetivos tradicionalmente alcançados pela verbalização e livre associação através das possibilidades de comunicação da música e sua capacidade de ultrapassar a censura verbal consciente e sua ligação íntima com a vida interior do ser humano. Os objetivos traçados por eles foram: percepção interna aumentada; resolução de conflitos danosos; auto-aceitação aumentada; técnicas mais eficientes para enfrentar problemas e fortalecimento geral da estrutura do ego do paciente no sentido de adequação e segurança. Segundo eles,

a música deve ser usada para mergulhar em sua mente inconsciente e trazer aspectos de si mesmo para o seu conhecimento, seus sentimentos e alguns dos complexos que estão escondidos dentro dele - uma “dragagem de drenos”. WRIGHT e PRIESTLEY (in: RUUD, 2000, p. 42)

MILLECCO (2001, p. 92) desenvolveu a partir da experiência clínica, uma técnica musicoterápica chamada “músico-verbal”. Um dos critérios básicos estabelecidos nesta técnica é o experimento ou associação livre, que é feita quando o terapeuta canta, executa ou assobia canções trazidas pelo cliente, solicitando-lhe que, de olhos fechados, sonhe acordado ou deixe fluir livremente, imagens, idéias, emoções. Para CHAGAS (in: MILLECCO, 2001, p. 93), “o canto do terapeuta é o suporte para entrega por parte de seus clientes. Estes, regredindo emocionalmente a fases primárias de sua vida, sentem-se protegidos pela canção trazida pelo terapeuta”.

A música pode ser usada como uma ponte entre o mundo interno e o mundo externo, onde a realidade é compartilhada com as demais pessoas. Segundo BOGOMOLETZ (2000, p.1),

a música é, pois, uma ponte entre o mundo interno, do eu mais pessoal e intransferível, e o mundo externo, onde compartilhamos a ‘realidade’ com os outros. Se, para Freud, o sonho era a ‘estrada real para o inconsciente’, a música é a ponte que leva ao eu mais profundo e verdadeiro. E não vale dizer que o sonho vem de dentro para fora, enquanto a música vai de fora para dentro, porque não se pode dizer com convicção que a música realmente segue de fora para dentro: ou uma música entra, e nesse caso ela já está dentro, mesmo que esteja sendo ouvida pela primeira vez, ou ela não entra, e então nada acontece.

A experiência musical em Musicoterapia e a Psicanálise são feitas no contexto intrapsíquico, da relação real de contato consigo mesmo. Através de ambas, é possível fazer contato com emoções reais, de difícil acesso. As canções podem ser usadas como recurso terapêutico, apresentando diversas funções, dependendo dos objetivos terapêuticos a serem atingidos.

A MÚSICA NO ESPAÇO TRANSICIONAL

Os fenômenos sonoros estão presentes desde a vida intra-uterina até a morte e exercem grande influência biológica e emocional nos seres humanos. As alterações emocionais da mãe podem, por exemplo, provocar mudanças em sua frequência cardíaca e respiração, com isso alterando também os sons do corpo, como o andamento rítmico das batidas cardíacas e o aumento da intensidade do volume do som do ar passando pelas vias aéreas. Alterações como estas transmitem sensações ao bebê, que podem ser sensações de medo ou de segurança. Segundo BARCELLOS (1992, p. 11), “estudos comprovam que o feto percebe, inicialmente através do corpo todo, isto é, através do seu sistema tátil, e posteriormente já através do ouvido, sons e ritmos que fazem parte do universo corporal da mãe”.

Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, em reflexão sobre a vida intra-uterina do bebê, referindo-se à possibilidade significativa da percepção e registro dos sons corporais maternos pelo feto, afirma que:

os batimentos cardíacos, a respiração, os ruídos produzidos pelo processo digestivo, e certamente a voz, são considerados como presenças inevitáveis no incipiente sistema sensorial do feto. Tanto assim é, que ele diz ter observado bebês brincando de ‘acertar seu ritmo respiratório com a frequência cardíaca (por exemplo, respirando uma vez a cada 4

batimentos cardíacos). Algum tempo depois é possível encontrá-lo (ao bebê) lidando com a diferença entre o seu ritmo respiratório e o da mãe, procurando talvez criar situações de relacionamento baseadas primeiramente numa respiração de frequência dupla ou tripla'. ("Natureza Humana", pág. 168). (in: BOGOMOLETZ, 2000, p.1).

Winnicott defende a idéia de que as pessoas carregam memórias corporais do processo de nascimento. O bebê apresenta impulsos progressivos em direção ao nascer. Em um caso de parto demorado, por exemplo, o bebê não é capaz de saber dos meios que levarão a resolver o problema, e este passa a vivenciar uma experiência de espera indefinida. Em relação à música, ele faz a seguinte analogia:

esse tipo de experiências dolorosas fornece uma base muito poderosa para coisas tais como a questão da forma na música, onde, sem a rigidez da moldura, a idéia do fim é mantida diante do ouvinte desde o início. A música sem forma aborrece. E a inexistência de formas é infinitamente enfadonha para aqueles que se sentem particularmente aflitos por esse tipo de ansiedade, por conta de adiamentos impossíveis de compreender ocorridos em sua primeira infância. A música dotada de estrutura formal clara é reasseguradora em si mesma, para além de seus outros valores musicais propriamente ditos. (WINNICOTT, in: BOGOMOLETZ, 2000, p.1).

Em seus estudos sobre a relação mãe-criança, Winnicott criou o conceito de Espaço Transicional, que constitui em um espaço intermediário entre a subjetividade e a objetividade. Este espaço é como uma área de ilusão, deixando em suspenso a distinção entre realidade e fantasia. Segundo VOLICH (2000, p.244):

a criança, e, ulteriormente o adulto, podem reencontrar esse espaço potencial por ocasião de certas atividades que implicam uma não-integração momentânea do 'eu'. Esses processos referem-se ao brincar, à criação artística, e outros semelhantes. Podemos, porém considerar que a existência desse espaço transicional é também fundamental quando da vivência de experiências desintegradoras de sofrimento e do desconhecido, inevitavelmente presentes nas situações terapêuticas e de ensino.

A Religião e a Arte são consideradas habitantes permanentes do espaço transicional, como coloca WINNICOTT (2000, p. 127): “nessas duas regiões, o homem volta e meia pára e descansa um pouco de sua eterna tarefa de discernir entre a ‘realidade interna’ e a ‘realidade compartilhada’.” A música tem um papel privilegiado no Espaço Transicional. BOGOMOLETZ (2000, p. 1) diz que:

a música é um dos elementos que mais fundo penetra nesse espaço, que mais perto chega do espaço pré-transicional, onde se localizam as fantasias mais internas e mais pessoais do indivíduo. Talvez porque, sendo esta uma das mais antigas descobertas do homem sobre a psicologia do bebê, é ainda no útero de sua mãe, e, portanto inteiramente fundido a ela, que o bebê inicia a sua aprendizagem musical. Que a voz gravada da mãe acalma bebês aflitos é sabido. Que a voz da mãe cantando uma canção de ninar é o melhor remédio contra a aflição

infantil também é sabido. (...) a música vem de fora, muitas vezes, mas ao reproduzi-la, e também ao ouvi-la, nós na verdade a 'criamos', e não apenas 're-criamos'.

A MÚSICA NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

A música, quando utilizada em contextos clínicos, pode ser um instrumento importante na construção de um espaço para a relação mãe-bebê. O ato de a mãe cantar músicas que sejam significativas para a relação entre ela e seu filho fortalece os laços afetivos entre os dois. STAHLSCHMIDT (in: ROHENKOHL, 2002, p. 261) diz que:

quer canções escolhidas, quer canções compostas especialmente em homenagem ao bebê, estas funcionam, aparentemente, como ilustrações do papel de espelho da mãe, descrito por Winnicott (1975) como uma das primeiras formas de percepção do bebê sobre si mesmo, a partir do que observa quando olha para a mãe e esta demonstra, em seu olhar, como o percebe.

Ao escutar uma música, a pessoa sente-se escutada por esta, como uma relação de se fazer compreendido. Acalantos são cantados por mães para embalar seus filhos, criando um clima afetivo de segurança, geralmente associado ao contato corporal. As cantigas de ninar que as mães cantam para seus bebês podem ter função lúdica. A função lúdica ocorre na área de transicionalidade (Winnicott), citada anteriormente e, neste momento, acontecem trocas significativas na relação mãe-bebê, pois a mãe pode brincar e curtir o bebê. Para Winnicott (2003), a brincadeira pode servir como um meio de resolução de conflitos internos. O brincar é um recurso para lidar com sentimentos de angústia e ansiedade, fatores constituintes e, muitas vezes, dominantes da atividade lúdica.

Outra função dos acalantos é permitir à mãe a melhor elaboração da separação durante a hora de dormir. O adormecimento representa um intervalo, um corte no encantamento recíproco mãe-bebê. A entoação da voz da mãe com acalantos deixa a sensação de proteção ao sono do bebê. Esta mãe, que funda no bebê a sensação de um dormir sereno, é caracterizada como uma “Mãe Suficientemente Boa”⁴, capaz de estar disponível e continente para o seu bebê e, ao mesmo tempo, realizar um suporte para que ele se estruture psicologicamente como um ser único conseguindo assim, fechar os olhos e dormir mesmo ao cessar do acalanto.

Os acalantos, canções infantis ou canções que façam parte da identidade sonora da mãe, fortalecem o vínculo mãe-bebê, como é possível observar na constatação de FRACALOSSO (2003, p. 9) à partir de atendimentos musicoterápicos com mães de prematuros:

a música que elas gostam, diz mais delas. As músicas que gostam, provavelmente, ouviam durante a gestação, sendo também as que os bebês estão mais familiarizados. O que a mãe ouve e sente é o que o bebê também ouve e sente.

⁴ Mãe Suficiente Boa é aquela que faz uma adaptação ativa às necessidades do bebê. A tarefa final da mãe boa é desiludir gradativamente o bebê, ajudar a criança a lidar com suas frustrações (Winnicott).

A musicoterapia já é uma terapêutica reconhecida como benéfica nos casos de fortalecimento do vínculo mãe-bebê, sendo utilizada em alguns programas de Humanização da Assistência Hospitalar.

DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A pesquisa de campo foi realizada em um hospital pediátrico privado, que mantém vários convênios de saúde e atendimento ao SUS (Sistema Único de Saúde). O hospital conta com uma UTI Neonatal de Alto Risco (6 incubadoras) e a UTI Neonatal de Médio Risco (2 incubadoras e 2 berços). A instituição não possui maternidade, banco de leite, leitos e alojamentos conjuntos para as mães. Os bebês são encaminhados de outros hospitais e maternidades para lá, quando há falta de vagas ou ausência de UTI Neonatal nos mesmos. A maior parte das internações na UTI Neonatal desta instituição se dá pelo SUS. Não está implantado o programa de humanização Mãe-Canguru. As mães vão ao hospital uma vez ao dia para amamentar e/ou visitar o bebê. A duração da visita da mãe ao bebê é de trinta minutos diária e quando a mãe já está amamentando o bebê, este horário estende-se para sessenta minutos.

Os atendimentos musicoterápicos foram realizados em grupo aberto, a fim de acompanhar a rotatividade das internações. Poderiam participar do grupo tanto as mães quanto os pais e familiares, porém, o foco da pesquisa esteve direcionado para as mães. Os atendimentos aconteciam três vezes por semana, e tinham duração de 30 minutos, acontecendo no período antecedente ao horário da visita das mães aos bebês. O grupo manteve-se heterogêneo durante a pesquisa devido à rotatividade característica da instituição e do contexto da UTI Neonatal. Ao mesmo tempo em que havia mães que estavam com bebês internados há aproximadamente um mês, havia mães que estavam com bebês internados há dois dias.

Os atendimentos de musicoterapia ocorriam na sala de espera da UTI Neonatal, que ficava próxima às UTIs. O *setting* terapêutico, durante a pesquisa, foi construído de forma a tornar-se um espaço acolhedor, em que as mães pudessem sentir-se seguras para expressar e dividir seus sentimentos com o grupo. O fato de o *setting* ser próximo da UTI Neonatal criou um ambiente de ligação entre as mães e seus bebês. De lá era possível ouvir o choro deles, possibilitando a sensação de proximidade com eles. Neste sentido, o espaço terapêutico onde ocorriam os atendimentos de musicoterapia prolongava o horário da visita das mães. Foi possível observar que, as mães que participavam da Musicoterapia, não entravam “atordoadas” para a visita. Esta observação comprova a necessidade que a mãe tem de estar próxima fisicamente de seu bebê. Mesmo diante dessa proximidade do *setting* com a UTI, não há nada como estar com o filho diante dos olhos ou, quando possível, nos braços no momento da visita, momento este aguardado com muita expectativa.

As experiências musicais utilizadas nos atendimentos foram Re-criação Musical e Audição Musical. As experiências de Improvisação e Composição, que completam os quatro tipos de experiências musicais definidas por BRUSCIA (2000), não foram utilizadas nos atendimentos. Isto porque elas exigem um movimento interior de livre expressão e construção. Foi possível perceber que a ansiedade destas mães provoca um bloqueio na ação de livre expressão ou composição. De uma forma geral, as mães se apresentavam bastante silenciosas e se colocavam com posturas passivas no sentido de receber a música do terapeuta, como se fôssemos porta-vozes de sua dor.

A coleta de dados desta pesquisa foi feita a partir de gravações em áudio, depoimentos, entrevista aberta sobre a ansiedade das mães, preenchimento de questionários com a equipe hospitalar e relatórios de sessão.

DEPOIMENTOS

Durante os atendimentos, algumas mães deram depoimentos importantes para a discussão dos resultados desta pesquisa.

Depoimento de uma mãe sobre a reação da filha ao cantar para ela na incubadora:

“na hora que eu começo a cantar pra ela, ela começa a mexer assim. Ela tá com o olhinho tampado ainda. Parece que ela tenta abrir o olho, não sei o que é. Quando eu paro de cantar ela pára de mexer. Ela ficar mexendo assim, eu acho bonitinho demais (risos). É só eu chegar, e falo assim: “a mamãe chegou, princesinha (porque eu chamo ela de princesinha), tava com saudade, aí ela começa a mexer o corpinho (risos)” (A., 18/10/04).

Fala de uma mãe ao ser questionada se sentiu alguma mudança entre o início do atendimento e o final:

“a hora que eu cheguei estava tão desesperada e na hora de sair fiquei aliviada. Depois que vi ele, ao ver que meu filho está sendo bem tratado, a gente sai mais aliviada” (E. 18/10/04).

Manifestação de uma mãe após cantar uma música religiosa:

“achei essa música bonita e fiquei com ela na cabeça. ouvir é um alívio, a gente cantar deixa a gente mais aliviada.” (A., 18/10/04).

Relato de uma mãe durante um atendimento:

“eu estava tão angustiada ontem que comecei a cantar no meio da rua. Todo mundo que olhou decerto pensou que eu era doida”. (A., 26/10/04).

Resposta de uma mãe ao ser questionada se ela está ansiosa:

“ansiosa eu tô né, lógico, né, de eu estar aqui, todo o dia eu tô ansiosa, toda hora eu tô ansiosa, ficar pensando no neném, né. Tá dormindo assim, você vai e fica pensando, acorda fica pensando. Fica ansiosa todo o tempo.bastante ansiosa.....ficar pensando no neném né, ficar pensando se ela tivesse com a gente lá na cama, ficar pensando nas duas. Fico pensando elas de noite, assim, será que elas estão bem, será que não tão ? ... Só sei que estou ansiosa, já acordo pensando. Olho aqui pro peito, o leite tá caindo...fico pensando na neném. Todo o tempo eu tô ansiosa. Todo o tempo. Eu vou ver televisão, esqueço um pouquinho, aí passa uma criança eu lembro. Todo o tempo eu tô ansiosa.” (J., mãe de gêmeas, 30/10/04).

Depoimento de um pai sobre os atendimentos de musicoterapia, logo após a fala da mãe apresentada acima:

“ toda hora estou passando aqui no dia a dia. ... Eu coloco assim na cabeça, que ficar só lembrando do hospital, aqui do berçário, dos bebês, assim ... Aí passo aqui, a primeira coisa que vem na mente é a musiquinha “ canta passarinho, canta” ... Aí acalma mais, né. Tipo assim, chegar aqui e ficar só assim nessa sala, essa musicoterapia assim, pode ter certeza que a hora que qualquer um lembra, lembra das musiquinhas. Lá no meu serviço, eu, nossa! ... meus colegas meus lá, “oh! o passarinho lá”. Eles perguntam onde eu ouvi essa musiquinha ... eu falei: não, é da musicoterapia onde eu faço. Toda hora passa na minha cabeça, quando eu passo na praça aqui, fico cantando a musiquinha”. (F., 30/10/04).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vários resultados foram obtidos a partir do atendimento clínico e da análise dos dados. Entre eles pode-se destacar que:

- *As mães colocavam-se em uma postura predominantemente passiva durante os atendimentos musicoterápicos, apresentando pouca iniciativa para escolher e trazer músicas para as sessões. A partir de reflexões constata-se que esta postura pode ser desencadeada pela imposição da separação precoce do filho e pela situação de instabilidade clínica do bebê. A ansiedade é provocada pelo momento de extrema tensão que vivenciam diante do desconhecido, o que pode bloquear a livre expressão e a motivação. Algumas mães diziam sentir opressão no peito, falta de ar, dor de cabeça, falta de apetite, vazio no peito antes dos atendimentos de musicoterapia.*

- *As mães, em sua maior parte, diziam estar muito ansiosas no início do atendimento musicoterápico e, ao término, manifestavam estar mais aliviadas, tranqüilas, reconfortadas, menos ansiosas. Com isso constatou-se que a Musicoterapia atuou no alívio da ansiedade das mães a partir do momento que promoveu uma percepção interna aumentada nas mesmas, através da auto-expressão. Quando os sentimentos são difíceis de serem compreendidos, decifrados, provocam medo e ansiedade. O conhecimento das próprias sensações auxilia a pessoa a lidar com os aspectos psico-emocionais. Segundo BESSA (2004, p.1), “o sentir leva-nos a pensar e, por conseguinte, leva-nos a agir”. As mães descobriram a capacidade de tomar atitudes para amenizar a ansiedade e para enfrentar o período de internação de seu filho.*

- *De um modo geral, as mães mantinham-se bastante silenciosas. O silêncio foi um fenômeno aparente no grupo de mães. Este silêncio tão presente no decorrer da pesquisa surgiu como algo repleto de sentido, pois o silêncio vem de algo que silencia. O silêncio destas mães fala do momento de recolhimento delas em sua própria dor. Fala daquilo que é sofrido demais ao se ouvir falar. Segundo CUNHA (2001, p.1),*

o silêncio, em psicanálise, é também um indício do não esquecimento, daquilo que resiste ao completo apagamento. É porque de algum modo resiste e subsiste na memória que isso se cala e silencia. Aqui o silêncio

(o que se silencia) vai de par com a memória, a persistência na memória. Enquanto resiste, existe. Existe pelo silêncio.

- As mães traziam com frequência a questão da religiosidade, manifestando interesse por canções que abordassem este tema. Após a audição diziam estar reconfortadas e mais fortes. A partir dos estudos observa-se que as músicas religiosas funcionam como parte sensível ao silêncio. Antigamente, elas eram executadas em santuários silenciosos onde as pessoas podiam se recompor e encontrar a paz. O silêncio das mães, neste contexto, recebe a canção religiosa que lhe é sensível. Ali, ela permanece no Espaço Transicional, e assim, as mães podem descansar do contato constante com a dura realidade que vivenciam. LANGLANDS (1998, p.1) fala da importância da criação deste espaço de transicionalidade em terapia:

só assim as experiências de frustração do indivíduo podem ser gradualmente mais toleradas e ele pode se arriscar mais a enfrentar a dor do confronto com as realidades interna e externa.

A música religiosa mais cantada nos atendimentos de Musicoterapia foi “Ninguém te ama como eu” de Martin Valverde (anexo III), cuja letra e melodia serão apresentadas a seguir:

Ninguém te ama como eu
(Martin Valverde)

Tenho esperado este momento
tenho esperado que viesses a mim

tenho esperado que me fales
tenho esperado que estivesses assim

eu sei bem que tens vivido
sei também que tens chorado

eu sei bem que tens sofrido
pois permaneço ao teu lado

(refrão)
Ninguém te ama como eu,
ninguém te ama como eu

olhe pra cruz esta é a minha grande prova

ninguém te ama como eu

ninguém te ama como eu,
ninguém te ama como eu

olhe pra cruz foi por ti porque te amo
ninguém te ama como eu
(refrão)

Eu sei bem o que me dizes, ainda que
nunca me fales
eu sei bem que tens sentido, ainda que
nunca me reveles

tenho andado ao teu lado junto a ti
permanecido
eu te levo em meus braços, pois sou
teu melhor amigo

volta ao refrão...

*Ninguém te ama como eu
Martin Valverde*

Repetição da idéia melódica / Mantém estrutura rítmica / Variações mínimas
Harmonia cadência simples

É possível fazer uma relação entre a letra da música e o momento de vida das mães que esperam pelo instante de ver o bebê, comunicar-se com ele, encontrá-lo em melhor estado de saúde e levá-lo para casa. O refrão fala de amor e o enfatiza através da repetição. Outra característica desta música é a parte do refrão que fala do sofrimento de Jesus na cruz. Muitas mães, neste momento, identificavam-se com a figura de Maria, mãe de Jesus. Algumas delas, após a canção, falaram do sofrimento de Maria ao ver o filho na cruz.

Esta canção é tocada em modo maior e mantém a mesma idéia harmônica e melódica do início ao fim. Na visão winnicotiana, a repetição dos versos, a rigidez da moldura musical, a idéia musical que é mantida diante do ouvinte desde o início promove a sensação de previsibilidade e segurança em quem a recebe. Isso contempla a necessidade de estabilidade diante da constante instabilidade clínica do bebê.

- As mães tinham interesse em cantar e ouvir cantigas de amor e de ninar. As letras destas canções e a melodia das cantigas de ninar ajudavam as mães a fazerem contato com

o bebê real. A mãe, através do seu canto, envolve o bebê em um ambiente seguro, com proteção divina e de anjos. As letras destas canções e a melodia das cantigas de ninar ajudavam as mães a fazerem contato com o bebê real. Muitas vezes, após as canções, elas faziam comentários de que estavam aprendendo para cantar para o filho e pediam para levar a folha com a letra das canções para casa. Esta ação faz com que as mães se sintam úteis aos cuidados do filho. Isto leva a um aumento da confiança no papel de mães cuidadoras que as ajuda a desenvolver as funções da Mãe Suficientemente Boa (Winnicott, 1996) e do *holding* materno winnicotiano. De acordo com LANGLANDS (1998, p. 1),

Winnicott usa a palavra "holding" para se referir tanto a continência física do objeto - contenção externa - quanto para denotar um estado interno, inicialmente na mãe, o qual, tal como o estado de "reverie" de Bion, vai poder servir de continente para receber as experiências do infante e devolvê-las de forma menos traumática até que essa função possa, aos poucos, ir sendo internalizada pela criança. Se o infante pode se sentir contido (held together) internamente durante seus períodos de angústia ele começa a poder experimentar essa continuidade ao invés de se sentir desintegrado.

A partir do momento que as mães passam a reconhecer a importância que têm na ajuda e participação no tratamento do filho, tornam-se mais presentes, assíduas às visitas e atuantes com o bebê.

- *As mães não demonstraram interesse por instrumentos musicais.* Diante desta observação, levantou-se a hipótese de que os instrumentos musicais poderiam estar sendo elementos provocadores de resistência nas mães dentro do contexto específico deste *setting* em pesquisa. Um aspecto que pode ter sido determinante para a falta de iniciativa das mães tocarem instrumentos é a questão de que o ato de tocar é uma forma de expressão e comunicação e estas mães estavam vivendo um momento de grande tensão, e apresentavam bloqueio da produção musical voltada para a livre expressão. Imagina-se que essa questão pode ser trabalhada, porém, acredita-se que o curto tempo de duração da sessão musicoterápica e do contexto muito rotativo deste grupo, não tornou viável trabalhar isto com as mães.

- *O espaço terapêutico promoveu indiretamente a atitude de maior compreensão e acolhimento da equipe de atendimento da UTI às mães.* O desbloqueio das emoções, aliado à diminuição da ansiedade, auxilia a mãe a manter contato com o filho verbalizando ou cantando no momento de visita à UTI Neonatal. Este desabafo, apoiado por um suporte terapêutico, favorece a confiança das mães na equipe de atendimento da UTI. A boa relação entre os pais e a equipe são peças fundamentais para as relações afetivas entre eles. Havendo um bom entendimento e aceitação dos sentimentos de ambas as partes, o ambiente da UTI permanece mais calmo e a relação mãe-bebê é favorecida pela confiança mútua e melhor aceitação da realidade.

- *Muitas mães disseram que depois da musicoterapia passaram a conversar com o bebê dentro da UTI Neonatal.* À medida que as mães sentiam-se seguras no ambiente terapêutico, começavam a arriscar a entoação de canções. Em virtude de estas mães viverem um momento de grande instabilidade emocional, a programação dos atendimentos visava proporcionar sensação de segurança através da previsibilidade. Esta previsibilidade compreende tanto a não mudança na estrutura física do *setting* terapêutico até a repetição

de atividades. A expressão das mães surgia a partir da repetição e familiarização com o ambiente. Algumas mães costumavam sempre se sentar no mesmo lugar. A Re-criação musical (BRUSCIA, 2000) foi a experiência musical predominante da pesquisa. Ela foi ao encontro do momento das mães, ajudando-as na auto-expressão. Conforme os depoimentos dados pela equipe que trabalha na UTI Neonatal da instituição, foi possível observar que as mães entravam mais tranqüilas para as visitas, conversavam mais com seus bebês e algumas cantavam para seus filhos após a participação nos atendimentos musicoterápicos.

CONCLUSÃO

A Musicoterapia auxilia no alívio da ansiedade das mães de recém-nascidos internados em UTI Neonatal por proporcionar meios de expressão e conscientização de sentimentos. Quando as mães entram na UTI mais tranqüilas, percebem melhor o filho e fazem maior contato com a realidade que vivenciam. Ao descobrirem que podem participar dos cuidados ao filho mesmo em uma UTI Neonatal, passam a ter um maior envolvimento com ele. Ao estarem abertas e receptivas ao filho, as mães percebem as reações dos bebês diante de sua presença e de suas expressões (comunicações). Assim, a mãe torna-se capaz de acolher melhor as angústias e necessidades do bebê.

O apoio terapêutico às mães auxilia o desenvolvimento da função winnicotiana de sustentação (*holding*) materna, essencial ao estabelecimento do vínculo mãe-bebê. Segundo BLEICHMAR (1992, p. 241), “quase tudo depende da mãe ser ou não adequada, de poder se aproximar do bebê, sustentá-lo, personalizá-lo e ajudá-lo a amadurecer”. Além do trabalho com as mães, é importante que a equipe responsável pela UTI também receba orientações no sentido de compreender o drama vivido pelas famílias. Quando um bebê nasce e é encaminhado para a UTI Neonatal, a família como um todo, se desorganiza emocionalmente e se apresenta imatura para lidar com a realidade inesperada.

A fundamentação e documentação deste trabalho tornam-se importantes para o desenvolvimento de novos estudos nesta área. O cuidado humanizado precoce é essencial para a saúde da família que passa pelo trauma da hospitalização que, muitas vezes, deixam profundas marcas no desenvolvimento da psique do bebê.

O desenvolvimento desta pesquisa passou por uma série de dificuldades. Foi um processo de construção gradual, tendo que sofrer várias adaptações para se tornar coerente ao contexto estudado. Em meio às dificuldades, se fez essencial a flexibilidade profissional, para gerar um trabalho realizável. Foi um grande aprendizado fazer a despedida de um projeto “ideal” para entrar em contato com o projeto “real”. As conquistas de cada etapa do desenvolvimento da pesquisa mostraram que o real nos leva ao encontro do humano. E só indo ao encontro do ‘humano’ que poderemos compreender e praticar a Humanização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, C. X. Notas sobre bebês, pais e cuidados emocionais Portal Humaniza, 2003. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=42>>. Acesso feito em: setembro de 2004.
- BARCELLOS, L. R.. Cadernos de Musicoterapia n. 1. Rio de Janeiro: ENELIVROS, 1992.
- BESSA, S. C. Ansiedade?! De Novo... São Paulo, 2004.
- Disponível em: <http://www1.uol.com.br/cyberdiet/colunas/010718_psy_ansiedade_denovo.htm>. Acesso em: novembro de 2004.

- BLEICHMAR, N. M, BLEICHMAR, C. L. A Psicanálise depois de Freud. Teoria e Clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- BOGOMOLETZ, D. L. Winnicott e a música. *Psicopedagogia Online*. 2000
Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=9>>
Acesso feito em novembro de 2004.
- BRUSCIA, K. Definindo a musicoterapia. Tradução por Mariza Velloso Fernandez Conde. 2.ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CARON, N. A. (org.) A relação pais-bebê - da observação à clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- CUNHA, T. C. O Silêncio na Comunicação. Universidade Nova de Lisboa, 2001.
Disponível em: <<http://bocc.ubi.pt/pag/cunha-tito-cardoso-silencio.html>>. Acesso em: outubro de 2004.
- FRACALOSSO, R. Música que embala, canto que alimenta: a musicoterapia com mães e seus bebês prematuros. Monografia - Conservatório Brasileiro de Música - curso de graduação em musicoterapia, 2003. Orientadora: Professora Marly Chagas.
- KLAUS, M. H., FANAROFF, A. A. Alto Risco em Neonatologia. Tradução: Raymundo Gesteira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- LINHARES, Maria Beatriz. Melhor qualidade de vida a prematuros. São Paulo: Agência USP de notícias, 2002. Disponível em:
< <http://www.usp.br/agen/bols/2002/rede887.htm>>. Acesso feito em: fevereiro de 2004.
- LANGLANDS, S. N. Considerações teórico-clínicas sobre a Psicanálise como um espaço transicional. Edizione Sinopsis, 1998.
- MALDONADO, Maria Tereza. Maternidade e Paternidade. Vol. 2. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.
- PUPO, R. A. O bebê que necessita de cuidados especiais – a UTI neonatal – o recém-nascido prematuro. Guia do bebê, 2000.
Disponível em: <http://www.cadernodigital.uol.com.br/guiadobebe/artigos/uti_neonatal.htm> .
Acesso feito em: agosto de 2003.
- MILLECO FILHO, L., BRANDÃO, M. & MILLECO, R. É preciso cantar – Musicoterapia, Canto e canções. Rio de Janeiro. Enelivros, 2001. 120p.
- ROHENKOHL, C. M. (org.) A clínica com o bebê. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- ROHENKOHL, C. M., BERNARDINO, L. M. (org.). O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- RUUD, E. Caminhos da Musicoterapia. São Paulo: Summus, 1990.
- SANDLER, P. C. Psicanálise e Música - Um estudo trans-disciplinar de *transformações em "O"*. GRADIVA, 2000.
Disponível em: <<http://www.gradiva.com.br/mus2.htm>>. Acesso feito em: novembro de 2004.
- TURATO, Egberto R. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica; discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.
- VOLICH, R. M. O cuidar e o sonhar por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. Publicado em *O Mundo da Saúde*, ano 24, v. 4, jul/ago, São Paulo, 2000.
- WINNICOTT, D. W. O recém-nascido e suas mães. Martins Fontes, 1994.
_____. Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
_____. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: IMAGO, 2003.
_____. Os bebês e suas mães. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo, Martins Fontes, 1996.