

EXPERIÊNCIA DE MUTUALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

MUTUAL EXPERIENCE IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

*EXPERIENCIA DE MUTUALIDAD EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES*

Raissa Hahn Saikoski ⁽¹⁾

Fabiana Faria Gieger ⁽²⁾

Milena da Rosa Silva ⁽³⁾

RESUMO

O objetivo deste estudo é aprofundar a compreensão sobre a experiência de mutualidade descrita por Donald Winnicott, especificamente quando essa experiência começa a ser vivida em um contexto de prematuridade e hospitalização. A mutualidade é uma comunicação primitiva que ocorre a partir da identificação da mãe, ou pessoa que cumpra essa função, com o recém-nascido. Essa comunicação envolve um contato mais silencioso – no sentido de a ênfase não estar nas palavras – e a criação de um ritmo pela dupla. O artigo busca uma discussão sobre os possíveis efeitos da prematuridade para o processo de identificação dos pais/cuidadores com seu bebê e para a experiência de mutualidade decorrente dessa identificação. Considera-se o tema relevante, já que no contexto citado a comunicação se desenvolve de forma singular e com especificidades. Para estabelecer a mutualidade, tanto os pais/cuidadores quanto o bebê necessitam de um tempo maior, devido ao contexto de internação e à condição clínica do recém-nascido. Apesar das dificuldades, os cuidadores costumam encontrar um modo singular

⁽¹⁾ Psicóloga, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), cursando especialização em psicoterapia de orientação psicanalítica da infância e da adolescência no Instituto de Terapias Integradas de Porto Alegre (ITIPOA). Psicóloga Clínica, Porto Alegre, RS, Brasil. email: raissasaikoski@gmail.com

⁽²⁾ Psicóloga, graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente da graduação em Psicologia da Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul (FADERGS), Porto Alegre, RS, Brasil. email: giegerfabiana@hotmail.com

⁽³⁾ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Departamento de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura da UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. email: milenarsilva@hotmail.com

Este estudo teve o apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

de se comunicar com seu bebê, criando um ritmo próprio, e podem estabelecer a experiência de mutualidade com o recém-nascido e viver na intersubjetividade. *Palavras-chave:* mutualidade; prematuridade; UTI neonatal.

ABSTRACT

The goal of this study is to deepen the understanding of the mutuality experience described by Donald Winnicott, specifically when this experience begins to be lived in a context of prematurity and hospitalization. Mutuality is a primitive communication that occurs from the identification of the mother, or person who fulfills this function, with the newborn. This communication involves a quieter contact – in the sense that the emphasis is not on words – and the creation of a rhythm by the pair. The article pursues a discussion of the possible effects of prematurity on the process of identification between parents/caregivers and their baby and on the experience of mutuality resulting from this identification. The theme is considered relevant, since in the context cited communication develops in a unique way and with specificities. To establish mutuality, both parents/caregivers and the baby need more time, due to the context of hospitalization and the newborn's clinical condition. Despite the difficulties, caregivers usually find their particular way of communicating with their baby, creating their own rhythm, and are able to establish the experience of mutuality with the newborn and live in intersubjectivity. *Keywords:* mutuality; prematurity; neonatal ICU.

RESUMEN

El objetivo del estudio es profundizar la comprensión de la experiencia de mutualidad descrita por Donald Winnicott, específicamente cuando esta experiencia comienza a vivirse en un contexto de prematuridad y hospitalización. La mutualidad es una comunicación primitiva que se da a partir de la identificación de la madre, o persona que cumple esta función, con el recién nacido. Esta comunicación implica un contacto más silencioso – en el sentido de que el énfasis no está en las palabras – y la creación de un ritmo por el dúo. El artículo busca discutir los posibles efectos de la prematuridad en el proceso de identificación de padres/cuidadores con su bebé y en la experiencia de mutualidad resultante de esta identificación. El tema se considera relevante, ya que en el contexto mencionado la comunicación se desarrolla de una manera singular y con especificidades. Para establecer la mutualidad, tanto los padres/cuidadores como el bebé necesitan más tiempo, debido al contexto de hospitalización y la condición clínica del recién

nacido. A pesar de las dificultades, los cuidadores suelen encontrar una forma peculiar de comunicarse con su bebé, creando su propio ritmo, y pueden establecer la experiencia de mutualidad con el recién nacido y vivir en intersubjetividad.

Palabras clave: mutualidad; prematuridad; UCI neonatal.

Introdução

Sempre que nos deparamos com um recém-nascido também nos deparamos com a maternagem¹, pois um bebê não pode ser pensado sem alguém que exerça a função materna e sem um ambiente no qual possa se desenvolver física e psiquicamente (Winnicott, 1983/2007). Nesse período inicial, numa fase de dependência absoluta do lactente ao meio ambiente e aos pais, a comunicação ocorre de um modo em que predomina o contato não verbal. Tal modo peculiar de comunicação é nomeado por Winnicott (1969) como mutualidade.

As mães, ou quem cumpre essa função, podem geralmente exercer a maternidade sem maiores problemas e sem necessitar de intervenções (Winnicott, 1988/2006). Contudo, num contexto de hospitalização e prematuridade, a relação inicial pode ser marcada por alguns desencontros e pela dificuldade de estabelecer uma relação com o bebê. Segundo Oliveira (2011), para a psicanálise, todos os bebês são prematuros, em função da dependência que eles possuem em relação a outro ser humano. No entanto, o contexto de internação do recém-nascido e sua condição de extrema prematuridade são fatores que podem modificar a forma como o encontro dos pais com o bebê ocorre. Esta situação lhes impõe desafios específicos: o ambiente externo, a equipe médica e as máquinas que auxiliam a sobrevivência do recém-nascido.

Parentalidade e prematuridade

Ao nascer um bebê, nasce não somente uma dupla parental, mas também uma possibilidade de relacionamento entre o bebê, com seu psiquismo emergente, e um adulto que assume a função materna (Cunha, 2004). O nascimento de um filho requer um remanejamento psíquico profundo da família. Cada um dos pais vivencia esse acontecimento de forma diferente, dependendo de sua própria história como bebê (Wirth, 2000).

A maternidade e a paternidade são momentos únicos na vida dos pais e representam uma nova etapa que implica mudanças e adaptações. Assim, a chegada de um filho envolve uma necessária reorganização familiar (Mirra, 2017). Segundo Winnicott (1988/2006), as mães se preparam para uma tarefa

bastante especializada durante os últimos meses da gestação, chamada de preocupação materna primária. Nesse estado de sensibilidade extrema, elas desenvolvem uma grande capacidade de identificação com seu bebê, o que possibilita ir ao encontro das suas necessidades básicas. A mãe e o bebê têm uma relação recíproca e complementar, e pode-se pensar que um não existe sem o outro (Winnicott, 1988/2006).

O desenvolvimento do lactente só poderá ocorrer num ambiente suficientemente bom, no qual iniciará seu processo de desenvolvimento pessoal e real na presença da mãe ou de alguém que exerça essa função (Winnicott, 1983/2007). Se no período de dependência a maternagem não ocorrer de forma satisfatória, a criança se tornará um acumulado de reações à violação (Winnicott, 1993/2013).

O excesso de reações rompe com a continuidade, não provocando frustração, mas sim uma ameaça de aniquilamento (Winnicott, 1958/2000). É por meio da preocupação materna primária e dos processos identificatórios decorrentes dela que a mãe fica em posição de saber sobre o seu bebê. Esse processo inicia-se muito antes do nascimento do lactente (Szejer & Stewart, 1997; Mathelin, 1999; Almeida, 2004). Durante o período de gestação, pelos mecanismos de projeção e introjeção, a mãe realiza um trabalho de aproximação do bebê, tornando-o mais familiar e atribuindo-lhe características relacionadas à sua própria história infantil (Aragão, 2004). Nesse processo, os últimos meses da gravidez são extremamente importantes para a formação da criança e para a construção da mãe (Mathelin, 1999).

Quando a gestação é interrompida por algum motivo, levando a um parto prematuro, é preciso uma reorganização dos pais para lidar com essa realidade. Vários estudos destacam as dificuldades impostas devido à condição de prematuridade e hospitalização para a díade (Mathelin, 1999; Wirth, 2000; Esteves, 2009; Oliveira, 2011; Steibel, 2011; Fernandes & Silva, 2019; Marchetti & Moreira, 2015; Marciano, 2017; Fonseca, 2016; Mirra, 2017). Nesse contexto, o ambiente da UTI neonatal pode dificultar o estabelecimento de uma interação e de um encontro dos pais com seu bebê, já que ambos podem precisar de um tempo para consolidar a relação ou iniciar uma interação.

Devido à imaturidade e à instabilidade do recém-nascido, tanto ele quanto os pais sofrem várias restrições que podem dificultar o contato inicial. O nascimento pré-termo pode ser pensando como um dos fatores que mais afeta a experiência materna e paterna (Esteves, 2009). Existe um vazio de palavras e frases, já que ainda não há representação para essa experiência, devido à surpresa do nascimento prematuro (Marciano, 2017). A mãe pode vivenciar muita angústia devido à separação do seu bebê, pelas condições dele, que não pode responder aos

seus apelos por contato, e pela possibilidade de uma perda real (Oliveira, 2011). Ao lidar com essa situação, ela não tem tempo de organizar seu mundo representacional e criar um espaço mental para o bebê real, que acaba de nascer (Marchetti & Moreira, 2015).

O luto dos pais, que é comum a todo nascimento, pode ser intensificado ou impossibilitado quando o bebê precisa permanecer sob cuidados médicos intensos numa UTI neonatal (Krodi, 2008). Ao se deparar com as fragilidades do bebê real, o psiquismo materno é fortemente atingido em seu narcisismo, e pode ocorrer um enfraquecimento das fronteiras do ego da mãe. Diante disso, o bebê também é afetado, já que o ego materno sustenta o ego incipiente do recém-nascido (Rabello, 2004).

O bebê saudável, ao nascer, pode ser considerado ativo na relação com os pais. Desde o início, possui um aparato que o torna capaz de participar da relação (Bernardino, 2008). Contudo, devido à condição de prematuridade, o bebê pré-termo não nasce pronto para se adaptar ao ambiente extrauterino. Assim, a questão que se impõe na UTI neonatal é a de uma urgência que prioriza a sobrevivência do bebê e não a qualidade dos cuidados a ele (Braga et al., 2004). Toda essa situação exige da mãe ou substituto materno e do filho/a um esforço maior que o comum, para que consigam entrar em sintonia (Esteves, 2009; Anton et al., 2011).

Dessa forma, o processo de vinculação depende de como os pais consigam elaborar sua relação com o bebê. Muitos necessitam esperar uma garantia ou um sinal consistente para poder investir afetivamente na relação com o filho/a, sem tantas ameaças de perda (Braga et al., 2004). Para poder se identificar com o recém-nascido, a mãe ou substituto materno precisa dar um sentido à experiência de hospitalização e ao nascimento prematuro do filho/a que abra uma possibilidade de encontro e de comunicação entre ambos (Gomes, 2000). Assim, apesar das dificuldades impostas diante do parto prematuro, o cuidador pode encontrar estratégias para exercer a função materna com seu bebê e se vincular a ele, ainda que no contexto hospitalar (Fernandes & Silva, 2019).

Mutualidade: uma comunicação primitiva e silenciosa

A comunicação que ocorre entre a mãe ou substituto materno e o bebê num período inicial da relação da díade é abordada por alguns autores, em especial Winnicott e Guerra, o qual parte do pensamento winnicottiano para desenvolver sua teoria. Winnicott definiu essa comunicação específica como *mutu-*

alidade (Winnicott, 1969). A experiência de mutualidade ocorre num período de dependência absoluta, no qual o ambiente exerce um papel importantíssimo, sendo parte do bebê. Nesse momento, a comunicação envolve uma identificação da mãe ou substituto materno com o recém-nascido e é uma experiência vivida pela dupla que ocorre de forma não verbal, num encontro silencioso. Winnicott (1969) aponta que é o início de uma comunicação entre duas pessoas.

Mãe e bebê chegam à mutualidade de formas diferentes, visto que a mãe já foi um bebê, foi cuidada e teve experiências nesse sentido. Já o recém-nascido possui somente as características herdadas e tendências inatas para o crescimento e para o desenvolvimento (Winnicott, 1969). Assim, a identificação ocorre necessariamente de forma assimétrica. Enquanto a mãe pode identificar-se com seu bebê, mesmo antes do seu nascimento, ele traz consigo apenas uma capacidade em desenvolvimento de chegar a identificações cruzadas na experiência de mutualidade. Dessa forma, a mutualidade se relaciona à capacidade que a mãe tem de adaptar-se às necessidades do seu filho/a (Winnicott, 1969). Para isso, precisam estabelecer um contato mais silencioso e criar um ritmo da dupla. Para o autor, a mãe pode ou não falar com seu bebê; contudo, as palavras, em seu significado, não têm tanta importância nesse momento inicial (Winnicott, 1988/2006). É relevante destacar que a linguagem e a palavra são fundamentais para o desenvolvimento psíquico da criança. No entanto, Winnicott (1969), ao descrever o momento em que a mãe ou substituto materno e o bebê estabelecem a experiência de mutualidade, está se referindo a um tempo em que o significado das palavras ainda não pode ser compreendido pelo bebê. Quando o autor afirma que a linguagem não teria tanta importância (1988/2006), seria no sentido de que o conteúdo verbal não seria o mais relevante. O principal seria o ritmo criado pela dupla, que envolve todos os cuidados necessários ao recém-nascido, envolve o *holding* e a mutualidade e, posteriormente, a palavra. Afirma que “a constituição inicial do ego é, portanto, silenciosa” (1958/2000, p. 403).

A mutualidade ocorre quando a mãe se adapta às necessidades do seu bebê, por meio do *holding*. Winnicott (1969) relaciona ao *holding* toda a rotina de cuidados da mãe com o recém-nascido, em que há não somente uma sustentação corporal, mas principalmente psíquica. Segundo o autor, o protótipo de todos os cuidados com o bebê seria o ato de ser segurado por uma pessoa identificada com ele e que, por isso, possa lhe conferir os cuidados de forma adequada. É no ato de segurá-lo que as comunicações mais importantes ocorrem. Quando a mãe o segura, ela também lhe revela que é confiável, por saber do que ele precisa e por se preocupar com ele de forma amorosa (Winnicott, 1988/2006). Nesse sentido,

a psicologia envolve a comunicação em termos físicos, dos quais “a linguagem é a mutualidade na experiência” (Winnicott, 1969, p. 202).

Esse comunicar entre a mãe/ambiente e o recém-nascido é sutil até certo ponto. Para ele, a comunicação com o cuidador é o seu estar vivo. Dessa forma, a mutualidade é uma comunicação de confiabilidade que o protege de reações automáticas devidas a intrusões da realidade externa, reações essas que rompem sua linha de vida e constituem traumas² (Winnicott, 1969). O bebê não registra a comunicação, somente seus efeitos, e vai fazendo isso também ao longo do seu desenvolvimento. Só tem conhecimento sobre ela quando falha, tornando-se assim ruidosa, devido aos efeitos da falta de confiabilidade. São as várias falhas, seguidas pela comunicação que as corrige, que vão constituindo a comunicação do amor, relacionada ao fato de que há um ser humano que se preocupa (Winnicott, 1988/2006). Assim, a comunicação pode ocorrer de duas maneiras: ou é silente, sendo a confiabilidade um fato; ou traumática, produzindo a experiência da ansiedade impensável ou arcaica (Winnicott, 1969). As agonias primitivas vividas pelo bebê na situação traumática incluem a sensação de ser deixado cair, cair eternamente, de queda no vácuo, bem como todos os tipos de desintegração entre psique e corpo (Winnicott, 1958/2000) e de completo isolamento, devido à inexistência de qualquer forma de comunicação (Winnicott, 1988/2006).

A experiência de mutualidade ocorre pelo movimento da respiração da mãe, pelo calor de seu hálito, pelo seu cheiro, pelas batidas de seu coração, que é um som conhecido pelo bebê desde o ventre materno (Winnicott, 1988/2006). Essa experiência não se relaciona diretamente com as pulsões ou com a tensão instintual, uma vez que o principal é uma comunicação em “termos da anatomia e da fisiologia de corpos vivos” (Winnicott, 1969, p. 200). Ao descrever os fenômenos mais físicos que envolvem a comunicação silenciosa, Winnicott (1988/2006, p. 89) menciona que se trata de uma “questão de reciprocidade na experiência física”.

Uma das principais comunicações que podem ocorrer entre a díade é a experiência da amamentação. Quando a mãe e o bebê chegam a um acordo nessa situação, estão lançadas as bases de um relacionamento humano, no qual se estabelece o padrão de relação da criança com os objetos e com o mundo (Winnicott, 1988/2006). A amamentação é mais do que a satisfação física das necessidades do bebê, já que há uma comunicação que só pode ocorrer numa situação de alimentação mútua, na qual ele também alimenta a mãe, a qual, por sua experiência, sabe o que é ser alimentada (Winnicott, 1969). Dessa forma, só há comunicação quando se desenvolve uma troca entre mãe e bebê, que envolve uma alimentação recíproca, da ordem do corporal ao psíquico (Silva et al., 2017).

Também no uso que o bebê faz do rosto materno está implícita uma comunicação, já que o rosto da mãe ou substituto materno representa o protótipo de um espelho. Ao olhar o rosto do cuidador, na verdade o bebê está vendo a si mesmo (Winnicott, 1975). Segundo Graña (2012), o rosto da mãe tem um efeito para o *self* do recém-nascido, trazendo vida a ele, na medida em que o amor e a alegria da mãe são demonstrados, ou mortificando-o, ao deixar transparecer sua indiferença e sua tristeza. Graña (2012) diz que no espelhamento, na mutualidade e na identificação cruzada exercita-se a empatia que aprendemos nesse período, a partir das trocas com a mãe-ambiente.

Partindo das teorizações de Winnicott, Guerra se deteve em entender a importância da comunicação silenciosa, desenvolvendo sua teoria em torno da intersubjetividade. Segundo o autor, há formas de encontro e de captação da experiência emocional que beiram a palavra, mas adquirem valor de linguagem numa ancoragem corporal muda (Guerra, 2007)³. Dessa forma, o início da subjetividade ocorre a partir de um encontro com o outro, que parte do corpo e de uma experiência sensorial que cria uma música e um ritmo fundamentais para a constituição do *self* (Guerra, 2007, 2014). Depois disso, pode operar a palavra (Guerra, 2014).

Nessa perspectiva, conforme destacam Giarretta e Martins (2017), a constituição psíquica do recém-nascido acontece a partir do encontro de várias subjetividades. Envolve seus próprios traços inatos e potenciais, que se encontram com as subjetividades dos que lhe conferem cuidados. Desde o nascimento, o lactente está num território intersubjetivo, no qual participa ativamente. Entretanto, nesse momento, ainda não se pode falar numa subjetividade própria do recém-nascido, mas num princípio dela (Giarretta & Martins, 2017). A intersubjetividade é a língua universal dos seres humanos e é por meio dela que a subjetividade se desenvolve (Guerra, 2014). Ocorre num processo de co-construção de experiências a partir do encontro com o outro, unindo a subjetividade nascente do bebê mais a da mãe ou substituto materno (Guerra, 2014). Segundo Guerra, essa co-construção passa por uma comunicação especial:

Língua que se expressa no início da vida através dos códigos de comunicação não verbal, que incluem não apenas o conteúdo verbal da mensagem, mas todo o contexto, a prosódia, o ritmo, o tom da voz, o rosto, o olhar como espelho, a imitação e a empatia. (Guerra, 2014, p. 5)³

Nesse momento inicial, os pais se encontram com um bebê que é um desconhecido e precisam ter a ilusão de um saber sobre ele. De maneira geral, esse saber se desenvolve a partir de um diálogo em nível corporal, um “diálogo tônico” (Guerra, 2014, p. 219). Durante a rotina de cuidados, se estabelece um ritmo entre o bebê e a mãe-ambiente. A consequente criação desse ritmo é um fator fundante do sujeito e organizador de seu desenvolvimento (Guerra, 2015). Em relação a isso, o autor destaca a Lei Materna, que seria o princípio organizador da vida afetiva do recém-nascido, na qual a mãe se adapta ao seu ritmo e juntos co-criam uma ritmicidade conjunta (Guerra, 2016). Assim, o bebê não precisa se submeter a um ritmo imposto, mas pode desenvolver seu próprio ritmo, com o amparo do ambiente cuidador.

A harmonização dos ritmos marca a criação de uma linguagem própria, que acompanha o sujeito ao longo de sua vida e que se revive em momentos nos quais a palavra não funciona como forma de elaboração psíquica (Guerra, 2007)³. É pela co-criação da ritmicidade, da atenção conjunta e depois da narrativa conjunta que a subjetivação do bebê pode se constituir (Guerra, 2014). O modo como esse ritmo “silencioso” se estabelece é fundamental para o desenvolvimento físico e, principalmente, psíquico do bebê. No contexto de hospitalização e prematuridade, essa comunicação apresenta especificidades que precisam ser mais estudadas e compreendidas, visando a um melhor entendimento das particularidades da mutualidade na UTI neonatal.

Experiência de mutualidade na UTI neonatal

É no contexto de hospitalização que os bebês prematuros estabelecem suas primeiras formas de comunicação (Oliveira, 2011), vivendo situações muito diferentes do recém-nascido a termo. Nesse ambiente, os cuidados maternos se tornam divididos ou, às vezes, totalmente assumidos pela equipe hospitalar. Devido a isso, as experiências com os bebês transbordam para múltiplos cuidadores, que têm toques, cheiros, temperaturas e ritmos diferentes (Steibel, 2011). Conforme destacado por Winnicott (1969), as identificações cruzadas são a base da comunicação entre a mãe ou substituto materno e o bebê. Entretanto, no contexto da UTI neonatal, o jogo de identificações é ampliado para além da díade. Nesse sentido, é importante expandir a noção do ambiente puerperal, incluindo as rotinas da UTI, os outros recém-nascidos presentes, os cheiros, os barulhos, os procedimentos invasivos e outras inconsistências próprias desse local (Steibel, 2011).

Os recém-nascidos estão aptos a interagir com o meio ambiente a partir da 28ª semana de gestação, desde que estejam em boas condições clínicas (Almeida, 2004). Contudo, é difícil saber quando se tornam sensíveis o suficiente para perceber a presença do outro (Druon, 1997). A autora afirma que, para atingir um estado somático satisfatório, precisam alcançar em média 2.500g; somente após isso podem interagir com seu cuidador. No entanto, segundo Steibel (2011), a emocionalidade desses bebês, mesmo os de menor peso, já pode ser percebida por seu próprio corpo. Assim, mesmo prematuros têm uma grande competência para a interação, devido ao seu potencial de querer se vincular com seus cuidadores (Gomes, 2000; Esteves, 2009). Em suas buscas por contato e por comunicação, estão constantemente emitindo mensagens não verbais, que, de alguma forma, são captadas pelo ambiente.

Segundo Steibel (2011), quando estão evoluindo, despertam sentimentos de desejo pela vida e de luta por parte da equipe, e quando sua situação está mais crítica e sem evolução, despertam sentimentos agressivos e, muitas vezes, com conteúdos impensáveis, de morte. Além disso, a forma de comunicação utilizada pelos bebês pode ser difícil para os membros da equipe médica, pois estão acostumados com uma linguagem mais verbal (Mendes & Bonilha, 2003). Contudo, segundo os autores, a percepção de que há uma comunicação por parte do recém-nascido já modifica o modo como o membro da equipe realiza os procedimentos técnicos. A convocação por parte do bebê também exige que a equipe de saúde esteja mais atenta às mudanças e a suas particularidades. A partir disso, é possível para a equipe estabelecer uma comunicação que respeite o ritmo de cada bebê.

Para se comunicar com os recém-nascidos na UTI é necessário recorrer a níveis proto-mentais, disponibilizando o corpo e os órgãos como receptores de sensações extremamente primitivas (Lazar et al., 2006). Esse recurso somático seria uma das únicas maneiras de conseguir ter acesso a vivências ainda não passíveis de serem recebidas em forma de imagens, palavras ou pensamentos. Tais vivências são recebidas com mais facilidade pela mãe ou substituto materno que está em estado de preocupação materna primária e, dessa forma, mais identificada com o bebê. Segundo Mathelin (1999), todo ser humano tem necessidade de comunicação e a extrema imaturidade não impede que esses bebês busquem ser “compreendidos” pelo outro. Quando isso ocorre, e conseguem estabelecer com sucesso a comunicação com seus pais e cuidadores, um desenvolvimento típico se inicia.

No ambiente da UTI neonatal, tanto os pais quanto a equipe podem desenvolver a função de *holding*, descrita por Winnicott (1988/2006), com o recém-nascido. Contudo, em relação aos pais, essa função será desenvolvida de forma diferente do que com um bebê a termo, pelo menos até que ele adquira

uma condição clínica mais estável. Podem desenvolver o *holding* a partir dos cuidados mais sutis com seu bebê, cuidados esses que podem ser, muitas vezes, quase imperceptíveis para um observador. Nesse momento em que estão mais distantes do manejo físico dos filhos, os pais exercem o papel de zelar por sua proteção contra os excessos de descargas projetivas por parte de outros cuidadores (Steibel, 2011). Esta função torna-se vital, já que, na medida em que há alguém zelando pelo bebê, ocorre uma maior inibição dessas atuações. A presença da mãe ou de alguém que zele pelo recém-nascido é responsável por “funcionar como um para-raios destas descargas projetivas” (Steibel, 2011, p. 93). Além de proteger, os pais estabelecem contato de outras formas: podem oferecer o dedo para ele tocar ou segurar, podem tocar no filho/a. Contudo, precisam estar atentos para não usar mais de uma modalidade interativa, para não estimulá-lo excessivamente (Brasil, 2011). Também podem amamentá-lo e pegá-lo na posição canguru⁴, quando possível, permitindo-lhe vivenciar experiências gratificantes por meio da sua pele (Esteves, 2009).

Os membros da equipe também exercerão o *holding*, buscando uma continuidade dos cuidados. Podem, por exemplo, estar atentos ao pôr o bebê na balança na hora de pesá-lo ou quando o deitam na incubadora (Brasil, 2011). Podem exercer o *holding* durante toda a rotina de cuidados, como na hora de dar banho, de pegá-lo, de amamentá-lo, quando os pais não estão presentes. Dessa forma, tanto os pais quanto a equipe médica estão protegendo o recém-nascido da sensação de queda, já que ele ainda não adquiriu noção de tempo e de espaço. Cair momentaneamente significa, para ele, cair eternamente (Winnicott, 1988/2006).

Nesse momento em que não possui linguagem simbólica nem verbal, o bebê utiliza-se do corpo e das suas sensações para comunicar suas necessidades a seus cuidadores (Steibel, 2011). Segundo Pizzoglio (1999), o bebê mostra por meio de seu corpo que está mais apto à comunicação, permitindo que os pais tenham um contato mais íntimo com ele. Sua boca inicia a sucção, seu corpo fica mais solto, sua pele passa a ser fonte de contato e as buscas por interação se intensificam. Por meio de seu comportamento é possível identificar sua evolução. Nesse sentido, a forma de tocar o recém-nascido e seu manuseio têm particular importância durante a internação, já que a sensibilidade tátil é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver e a amadurecer.

Na UTI neonatal esse manuseio é quase sempre responsabilidade da equipe, devido às condições clínicas do bebê. O manejo da equipe torna-se a porta de entrada para suas experiências corporais iniciais. Assim, é importante que a equipe esteja atenta às suas manifestações, observando sua pele, seu choro, as expressões que demonstram desgosto, buscando ajustar o manuseio aos sinais que o

bebê demonstra (Brasil, 2011). É fundamental que os procedimentos feitos sejam acompanhados, minimamente, por um olhar subjetivo (Steibel, 2011).

Na UTI neonatal, ao longo da internação, a alimentação é uma questão em destaque. Quando os pais podem estar envolvidos nesse processo, se proporciona uma possibilidade de aproximação. Segundo Gomes (2004), as mães fazem todo um esforço para entender as formas e a disponibilidade do seu bebê no que diz respeito à possibilidade de mamar. Contudo, Quiniou (1999) destaca que o bebê é mais nutrido do que alimentado durante sua internação, visto que todas as referências da relação inicial ficam alteradas e ele recebe a alimentação de forma mais passiva, sem ser parte implicada no fato de ser alimentado. Tanto o padrão de alimentação quanto a comunicação silenciosa decorrente podem demorar mais para se estabelecer. Nesse sentido, o autor destaca que o bebê e seus cuidadores encontram outras formas de se comunicar, de modo que alguma comunicação se inicia muito antes de se estabelecer um padrão de alimentação (Quiniou, 1999).

Em relação aos cuidados, cada mãe ou substituto materno desenvolverá seu próprio modo de fazer, de alimentar e de pegar seu filho/a, independente da internação, estabelecendo com ele/a um ritmo próprio. Como já destacado por Winnicott (1988/2006), o principal seria encontrar a melhor maneira de ser mãe para o seu bebê. Assim, a singularidade de cada dupla aparece de diferentes formas, como no jeito de dar as mamadas ou de executar o método canguru, por exemplo. Segundo Moreira et al. (2009), ao executar o método canguru de forma mais singular, as mães libertam-se das exigências da equipe e constroem o seu modo de ser mãe.

Apesar da internação e da prematuridade, há a possibilidade de a mãe ou substituto materno desenvolver a função materna, estar em estado de preocupação materna primária e encontrar vias possíveis de identificação com seu filho/a (Fernandes & Silva, 2019). A experiência de mutualidade pode se dar, portanto, mesmo na hospitalização. Esteves (2009), em seu estudo, destaca que as mães de bebês prematuros conseguiram atingir um bom nível de comunicação com seus filhos/as depois que se fortaleceram do primeiro contato com a prematuridade. Podiam entender os tipos de choro e os sinais de desconforto dos seus bebês, muitas vezes, antes mesmo da equipe médica. A autora destaca que o amadurecimento do recém-nascido e sua conseqüente capacidade de resposta aos estímulos maternos, assim como a construção na mãe de um sentimento de segurança, influenciaram diretamente na possibilidade de comunicação. Dessa forma, a “maioria das mães conseguiu ir adicionando riqueza ao mundo de seus filhos” (Esteves, 2009, p. 31). Portanto, para que haja a possibilidade de estabelecer a experiência de mutualidade com os bebês, os pais precisam se sentir em um ambiente acolhe-

dor e seguro, sendo necessário, por parte da equipe, que seja feito um *holding* aos pais. Mathelin (1999) destaca que o papel da equipe é, com o auxílio da tecnologia, tentar dar contorno às faltas vividas pelo recém-nascido e pela mãe ou substituto materno. Nesse sentido, cita que muitos bebês nascem prematuros e vivem junto com seus pais a experiência da internação e evoluem psicologicamente bem.

Para dar suporte aos pais, é fundamental a presença de psicólogos e psicanalistas nas UTI neonatais (Mathelin, 1999; Marchetti & Moreira, 2015). Mathelin (1999) afirma que o maior esforço desses profissionais, em relação à díade, relaciona-se à necessidade de manter o vínculo da mãe com seu filho/a. Vários estudos (Szejer & Stewart, 1997; Mathelin, 1999; Gomes, 2004; Esteves, 2009; Oliveira, 2011; Marchetti & Moreira, 2015; Marciano, 2017) aludem à importância de construir espaços para amenizar os efeitos causados pelo nascimento prematuro. Além disso, as experiências clínicas de duas das autoras do presente texto como psicólogas numa UTI neonatal apontam para tal importância. Como ilustração desse trabalho clínico, relatamos uma breve vinheta: A mãe de um bebê prematuro estabeleceu uma singular forma de comunicação com seu recém-nascido. Ela tinha o costume de segurar o pezinho de seu bebê enquanto o acompanhava ao lado de sua incubadora. Este foi o modo que a díade encontrou de estabelecer uma comunicação silenciosa, considerando que o peso e estado de saúde do bebê ainda não permitiam que ele ficasse seguro em seu colo. Em um dado momento, a psicóloga da unidade percebeu que aquele bebê estava desacompanhado, o que era pouco frequente. Ao se aproximar, observou que o bebê estava chutando o pezinho para cima como se estivesse buscando o contato e a confiabilidade de sua mãe. A psicóloga, ao ler essa comunicação e convocação do recém-nascido, pôde atender à sua necessidade enquanto profissional de saúde. Além disso, ao comunicar tal acontecimento à mãe, também foi possível favorecer e fortalecer a mutualidade da experiência da díade. Acreditamos que esse recorte clínico também demonstra o quanto é fundamental um lugar de escuta para os pais em uma UTI neonatal, para que possam falar sobre a experiência da prematuridade e as dificuldades dela decorrentes. Desse modo, é possível auxiliá-los a encontrar um sentido para essa história e a tecer um lugar simbólico para o seu bebê (Marciano, 2017).

Considerações finais

A forma como se desenvolve a relação inicial entre os pais/cuidadores e o bebê é de extrema importância para o desenvolvimento emocional da criança. Por

meio das identificações cruzadas, a mãe ou substituto materno e o bebê começam a viver juntos a experiência de mutualidade. Essa experiência proporciona não somente uma sustentação corporal, mas também psíquica ao recém-nascido, que deve ocorrer mesmo num contexto de hospitalização e de internação, proporcionando um ambiente confiável.

O contexto de prematuridade e da internação tem muitos efeitos sobre a relação da dupla parental com seu bebê. Pode dificultar a operação da função materna e da preocupação materna primária e a comunicação própria desse momento, que se estabelece, inicialmente, de forma silenciosa, em um ambiente confiável para o recém-nascido (Winnicott, 1969). Torna-se necessário, por parte dos pais, um esforço maior para que encontrem uma sintonia com seu bebê (Esteves, 2009; Anton et al., 2011). Tanto eles quanto o recém-nascido precisam de um tempo para consolidar a relação ou iniciar uma interação.

Na busca por contato, os bebês utilizam-se do corpo e de suas sensações para comunicar suas necessidades. Dessa forma, é fundamental que tanto os pais quanto a equipe da UTI neonatal, que desempenham as funções de *holding* e de *handling* (Winnicott, 1983/2007), busquem uma continuidade dos cuidados. É preciso salientar que muitos bebês, devido a sua grave condição clínica, não podem ser segurados ou ainda não estão em condições de ficar na posição canguru com seus pais e receber a alimentação no peito. Nesses casos, há outras vias de cuidado dos pais com seus filhos/as. Mesmo distantes do manejo físico, podem zelar por sua proteção e lhes proporcionar um ambiente confiável, mediante um *holding* mais psíquico: por exemplo, pelo olhar, pela voz e pela simples proximidade física.

Durante a internação, o recém-nascido tem múltiplos cuidadores, fazendo com que suas experiências não ocorram somente com seus pais (Steibel, 2011). Assim, a comunicação possivelmente ocorrerá de forma diferente entre a dupla parental com seu bebê e entre a equipe médica e o bebê. Consideramos que é necessário que seja dessa forma, pois é fundamental para a vinculação e para a identificação da dupla parental com seu bebê prematuro que se sintam autorizados a cuidar e que detenham um saber sobre seu filho/a. Para tanto, precisam estar identificados com ele/a, estabelecendo uma comunicação diferente da que a equipe institui.

O principal para a experiência de mutualidade é um cuidado singular, que considere a subjetividade emergente do recém-nascido e estabeleça uma comunicação não intrusiva. Assim, ele/a poderá desfrutar dos efeitos da confiabilidade (Winnicott, 1969) e viver na intersubjetividade (Guerra, 2014). Entretanto, para poder realizar esse cuidado voltado para a singularidade do recém-nascido, os pais

necessitam se sentir amparados em suas angústias. Para tanto, é fundamental a presença de profissionais especializados que possam realizar esse amparo e uma escuta diferenciada, fazendo circular os conteúdos mais primitivos que surgem a partir do nascimento prematuro e da hospitalização. Ao falar sobre suas experiências, se sentem mais apoiados e podem dar amparo aos filhos/as, identificando-se e vivendo com eles a experiência de mutualidade.

Referências

- Almeida, M. L. B. V. (2004). Grupo criar-te: A criatividade em UTI neonatal. In: R. O. Aragão (Org.), *O bebê o corpo e a linguagem*, p. 191-200. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Anton, M. C.; Esteves, C. M.; Piccinini, C. A. (2011). Indicadores de preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia Clínica*, 23(2), 75-99. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200006
- Aragão, R. O. (Org.) (2004). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bernardino, L. M. F. (2008). É possível uma clínica psicanalítica com bebês. In: M. C. Kupfer; D. Teperman (Orgs.), *O que os bebês provocam nos psicanalistas*, p. 13-30. São Paulo: Escuta.
- Braga, N. A.; Morsch, D. S.; Zornig, S. M. A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(4), 135-143. <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/JcHN3dHFzb87hwYMQXpkcKt/>
- Brasil – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2011). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método canguru*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-humanizada-ao-recem-nascido-de-baixo-peso-metodo-canguru-2/> (acessado em 23/05/2018).
- Cunha, I. (2004). A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: Uma nova perspectiva para os cuidados da unidade de tratamento intensivo neonatal. In: R. O. Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem*, p. 211-223. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Druon, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo em crianças em uma UTI neonatal. In: M. Lacroix; M. Moymanrant (Eds.), *A observação de bebês: Os laços do encantamento*, p. 139-148. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Esteves, C. M. (2009). *A preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termo* (dissertação de mestrado). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Fernandes, P. P.; Silva, M. R. (2019). Função materna no contexto da prematuridade: Uma revisão da literatura psicanalítica. *Psicologia em Revista*, 25(1), 1-18. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682019000100002

- Fonseca, M. C. S. (2016). *Humanização na relação mãe/pai/bebê prematuro em uma UTI neonatal: A separação precoce* (dissertação de mestrado). Curso de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica de Salvador (UCSal).
- Giaretta, V.; Martins, P. G. (2017). A função subjetivante do ritmo em um contexto de atendimento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 19(2), 59-71. http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=231
- Gomes, A. L. H. (2000). Vínculo mãe-bebê pré-termo: As possibilidades da interlocução na situação de internação do bebê. *Estilos da Clínica*, 4(2), 89-100. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282001000100008
- Gomes, A. L. H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: Possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar*, 2(2). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200004
- Graña, R. B. (2012). Mutualidade, comunicação silenciosa e identificações cruzadas. In: I. Sucar; H. Ramos (Orgs.), *Winnicott: Ressonâncias*, p. 181-198. São Paulo: Primavera.
- Guerra, V. (2007). *El ritmo en la vida psíquica: Entre perdida y re-encuentro*. <https://studylib.es/doc/3084952/el-ritmo-en-la-vida-ps%C3%ADquica-entre-perdida-y-reencuentro> (acessado em 14/04/2018).
- Guerra, V. (2014). Indicadores de intersubjetividad (0-12 meses): Del encuentro de miradas al placer de jugar juntos. *Revista Psicanálise (Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre)*, 16(1), 209-235. <http://sbpdepa.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/Indicadores-de-Intersubjetividad-0-12-Meses-del-encuentro-de-miradas-al-pdf>
- Guerra, V. (2015). El ritmo y la ley materna en la subjetivación y en la clínica in-fantil. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (120), 133-152. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512009.pdf>
- Guerra, V. (2016). Formas de (des)subjetivação infantil em tempos de aceleração: Os transtornos de subjetivação arcaica. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 23(1), 137-158. <http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/231>
- Holanda, S. A. R. (2004). Bebês prematuros na UTI: A maternidade em questão. *Estilos da Clínica*, 9(16), 58-69.
- Krodi, P. (2008). Cuidados paliativos em neonatologia: À escuta do indizível. In: M. C. Kupfer; D. Teperman (Orgs.), *O que os bebês provocam nos psicanalistas*, p. 115-134. São Paulo: Escuta.
- Lazar, R. A.; Röepke, C.; Ermann, G. (2006). Aprender a ser: Observación de un bebé prematuro. *Revista Internacional de Observación de Lactantes y sus aplicaciones*, (5), 25-50.
- Marchetti, D.; Moreira, M. C. (2015). Vivências da prematuridade: A aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário?. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 82-89. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100011

- Marciano, R. P. (2017). Representações maternas acerca do nascimento prematuro. *Revista SBPH*, 20(1), 143-164. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100009
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Mendes, E. N. W.; Bonilha, A. L. L. (2003). Procedimento de enfermagem: Uma dimensão da comunicação com o recém-nascido. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 24(1), 109-118. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23509/000397013.pdf>
- Mirra, P. I. S. (2017). *A experiência de ser mãe de um bebê prematuro* (projeto de graduação). Licenciatura em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6720/1/PG_27871.pdf
- Moreira, J. O.; Romagnoli, R. C.; Dias, D. A. S.; Moreira, C. B. (2009). Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: Pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 475-483. <https://www.scielo.br/j/pe/a/rtQ8frdgR7QpsPLcthGwK7d/>
- Oliveira, M. G. (2011). *Função materna e a constituição subjetiva na condição de prematuridade* (dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará (UFPA). <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/5159>
- Pizzoglio, Y. Q. (1999). Presença de um psicanalista em reanimação neonatal como auxiliar da vida psíquica. In: A. Guedeney; S. Lebovici, *Intervenções psicoterápicas pais-bebê*, p. 111-118. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quiniou, U. Y. (1999). Alimentar, ser alimentado em UTI neonatal. In: D. B. Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade*, p. 55-60. Salvador: Ágalma.
- Rabello, A. (2004). A função simbólica da UTI neonatal. In: R. O. Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem*, p. 176-189. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, M. R.; Martins, P. G.; Lisboa, R. (2017). A experiência de mutualidade no processo terapêutico de uma dupla mãe-bebê. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 24(2), 255-278. <http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/218>.
- Steibel, D. (2011). *As vivências primitivas de um bebê nascido extremamente prematuro no ambiente da UTI neonatal: Uma aplicação do método Bick de observação* (dissertação de mestrado). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Szejer, M.; Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1958/2000). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1969). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: C. Winnicott (1989/2005), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*, p. 195-202. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D. W. (1983/2007). *O Ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1988/2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1993/2013). *A família e o desenvolvimento individual*. Porto Alegre: Artmed.
- Wirth, A. F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. In: N. A. Caron (Ed.), *A relação pais-bebê, da observação à clínica*, p. 207-231. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Notas

- ¹ Em função de seu contexto sociocultural, Winnicott geralmente se refere à mãe e à maternagem, para aludir aos cuidados com o bebê, tendo em vista que eram geralmente as mães as responsáveis por eles. Embora essa realidade não tenha sido substancialmente modificada, entendemos que se trata de uma função materna (e não especificamente de uma pessoa), a qual não precisa ser realizada somente pela mãe, mas pode ser exercida por outro adulto apto a realizar os cuidados com o bebê, não somente físicos, mas também afetivos e emocionais. Esta função é fundamental para a integração do *self* do recém-nascido, que requer grande dedicação e uma presença mais contínua.
- ² Trauma é aquilo contra o qual o bebê não possui defesa organizada. Ao viver essa experiência, um estado de confusão sobrevém, gerando uma angústia impensável, seguido por uma reorganização das defesas. Contudo, são defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma (Winnicott, 1969).
- ³ Tradução própria.
- ⁴ A posição canguru faz parte do Método Canguru. No Brasil, esse método compreende a posição canguru, a política de aleitamento materno e a política de alta precoce na posição canguru (Brasil, 2011). Esta posição consiste em manter o bebê sobre o peito em contato pele a pele, de forma precoce e crescente, determinado pelo sentimento de bem-estar tanto dos pais quanto do recém-nascido (Brasil, 2011). Visa ao fortalecimento do vínculo entre o bebê e seus cuidadores (Fonseca, 2016). A proposta é substituir, sempre que possível, a incubadora pelo contato pele a pele com os pais, aumentando as chances de sobrevivência do recém-nascido pré-termo (Holanda, 2004).

Recebido em 20 de dezembro de 2019

Aceito para publicação em 24 de junho de 2021