

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**Experiência de Mutualidade na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do grau de Psicóloga, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>.Milena da Rosa Silva.

RAISSA HAHN SAIKOSKI

PORTO ALEGRE

2018

## **Agradecimentos**

Esse trabalho me propôs pensar sobre um início muito particular e importante da constituição psíquica e sobre a importância das relações iniciais. Nesse sentido, penso que só pude me deter a estudar e a entender a comunicação silenciosa da mãe com seu bebê porque pude desfrutar dessa relação de boa qualidade com a minha mãe, Rosane. Esse trabalho é dedicado a ela, que de forma suficientemente boa, me proporcionou um ambiente leve e marcado por trocas muito ricas, em uma relação muito especial. Agradeço a ela por isso, por ter adicionado riqueza ao meu mundo e por ser a mãe que ela foi.

Agradeço ao meu pai, Gaspar, por todo apoio. A minha irmã, Rossana, pelo nosso vínculo, pelos momentos que tivemos até hoje e por me acompanhar durante todos esses anos. Ao meu irmão Gael, por tornar as coisas mais fáceis e alegres.

Agradeço ao Rodrigo, pela compreensão durante esse momento, pelo carinho, pelo apoio, por acreditar em mim e por ser essa pessoa maravilhosa na minha vida.

À Luísa por me proporcionar essa amizade tão forte, única e duradoura. A Lindsay e a Andressa, pela nossa amizade, por fazerem com que me sinta amparada nesse momento. Que possamos manter essa conexão especial sempre!

Agradeço a minha orientadora, Milena, por ter aceitado dividir comigo esse momento tão especial que vem, de certa forma, no trabalho de conclusão, encerrar um ciclo muito importante da minha vida. Obrigada pelo incentivo, pelo envolvimento e por contribuir com teus conhecimentos.

À equipe de estágio do Instituto Contemporâneo e, especialmente, a minha supervisora Ana Luísa por ter me apresentado um mundo clínico que me causou muito encantamento.

À equipe de psicologia do hospital e, especialmente, a minha supervisora Fabiana, pelos momentos vividos no estágio, por toda troca de conhecimento e incentivo e por ter acreditado no meu potencial, acolhendo ao meu pedido de atender na Maternidade e na UTI Neonatal. Obrigada por aceitar o meu convite para comentar o meu trabalho de conclusão e poder estar presente nesse momento.

À equipe do ITIPOA que fez desse último ano de graduação um ano muito especial.

Por fim, agradeço a minha psicóloga. Obrigada por me ajudar a trilhar esse caminho, por me ajudar a dar sentido e entendimento para coisas que sozinha eu não conseguiria, por tornar o meu caminho mais leve e espontâneo.

*[...]Uma mãe olhando para um bebê, que dorme ou olha para outro espaço. Na realidade não importa se dorme ou se olha, importa que unidos, eles estão se separando. Porque entre a mãe e o bebê há um espaço em branco. Porque entre a mãe e o bebê pulsa um pequeno vazio: separação, distância, ponte, respiração, ritmo. O que os une na imagem? O gesto do rosto que olha, que envolve? A mão que guia e que continuará na curva do corpo? Continuidade na descontinuidade. Além do buraco vazio, algo na mãe é contínuo: a ondulação de um ritmo, aberto ao outro que espera com expectativa [...] (Guerra, 2015, p.148)<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup>Tradução própria

## Sumário

Introdução .....	6
Parentalidade .....	8
Prematuridade: e a relação?.....	11
Mutualidade: onde as palavras não têm sentido.....	16
Intersubjetividade .....	22
Experiência de Mutualidade na UTI Neonatal.....	25
Conclusão .....	34
Referências Bibliográficas .....	37

## **Introdução**

Sempre que nos deparamos com um recém-nascido também nos deparamos com a maternagem, 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, 2007/1983). Levando em conta a importância das primeiras relações para o desenvolvimento da criança, a forma como se estabelece a comunicação entre os pais e o bebê é de extrema importância, tanto para sua sobrevivência física como psíquica. Nesse período inicial, em uma fase de dependência absoluta do lactente ao meio ambiente/pais, a comunicação não passa por palavras, ocorre de forma não-verbal, sendo nomeada por Winnicott (1969) como mutualidade.

As mães ou substituto materno, geralmente, podem exercer a função materna sem maiores problemas e sem necessitarem de intervenções (Winnicott, 2006/1988). Contudo, em um 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, já que apresenta especificidades, desde o ambiente externo, a equipe médica e as máquinas que auxiliam a sobrevivência do recém-nascido, que nesse momento precisa delas para se manter vivo.

Esse trabalho resulta da experiência de estágio curricular em uma UTI Neonatal em Porto Alegre. Nesse ambiente permeado por movimentação, por máquinas e por barulho, pensar como, no encontro entre os pais e o bebê, pode ocorrer esse compartilhar silencioso, que não passa inicialmente por palavras, tornou-se uma questão importante, já que foram acompanhados muitos encontros silenciosos e também muitos desencontros mais barulhentos. Sendo assim, o presente estudo fará uma revisão bibliográfica objetivando compreender a experiência de mutualidade vivida pelos pais/cuidadores com seus filhos/as, com a especificidade dessa experiência começar a ser vivida em um período de prematuridade e hospitalização. A maioria dos estudos encontrados sobre prematuridade refere-se à relação entre mãe e bebê; contudo, apesar

de dar destaque para a relação da díade, também se busca pensar de forma mais ampla, incluindo o pai na vivência dessa relação.

Inicialmente será feita uma revisão sobre a parentalidade e mais especificamente sobre a parentalidade na UTI Neonatal, focando na relação dos pais com seu bebê prematuro. Em um segundo momento, será feita a contextualização do conceito de mutualidade proposto por Winnicott, mas também por Victor Guerra, que embora não utilize a mesma denominação, descreve um fenômeno muito semelhante. Por fim, buscar-se-á compreender como a experiência de mutualidade pode ocorrer no contexto de hospitalização e quais são os atravessamentos da interação do recém-nascido prematuro na comunicação entre ele e seus cuidadores.

## Parentalidade

*A natureza, no entanto, decretou que os bebês não possam escolher suas mães. Eles simplesmente aparecem, e as mães têm o tempo necessário para se reorientar e para descobrir que, durante alguns meses, seu oriente não estará localizado a leste, mas sim no centro (ou será que um pouco fora do centro?) (Winnicott, 2006/1988, p. 4)*

Ao nascer um bebê, nasce não somente uma dupla parental, mas também uma possibilidade de relacionamento entre o bebê, com seu psiquismo emergente, apto a adquirir identidade, e uma mulher, que abandona o papel de filha para assumir o de mãe (Cunha, 2004). O nascimento de um filho requer um remanejamento psíquico profundo da família, sendo que cada um dos pais vai vivenciar esse acontecimento de forma diferente, dependendo da sua própria história como bebê (Wirth, 2000). Ambos vivem, durante a gestação, um momento de reflexão: a mulher realiza uma reflexão sobre o seu papel de mãe e sua capacidade de assumi-lo e o homem viverá uma reflexão paralela em relação a sua paternidade e o que ela representa para ele (Szejer & Stewart, 1997).

A vivência da maternidade e da paternidade são momentos únicos na vida dos pais. Segundo Winnicott (2006/1988), 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 possuem uma relação recíproca e complementar, podendo-se pensar que um não existe sem o outro (Winnicott, 2006/1988).

O desenvolvimento do lactente só pode ocorrer em um ambiente suficientemente bom. Apenas na presença da mãe ou de alguém que exerça esse papel<sup>2</sup> a criança pode iniciar um processo de desenvolvimento pessoal e real (Winnicott, 2007/1983). Se no período de dependência a maternagem não ocorrer de forma

---

<sup>2</sup>Pode-se pensar em uma função materna e não especificamente em uma pessoa. Essa função não precisa ser realizada somente pela mãe, podendo ser exercida por outra pessoa apta a realizar os cuidados do bebê, não somente físicos, mas também afetivos e emocionais. Esta função é fundamental para a integração do *self* do recém-nascido, requer grande dedicação e uma presença mais contínua.



satisfatória, a criança torna-se um acumulado de reações à violação (2013/1993). Segundo Winnicott:

*Todos os processos de uma criatura viva constituem um vir-a-ser, uma espécie de plano para a sua existência. A mãe que é capaz de se dedicar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o vir-a-ser do seu nenê. Qualquer irritação, ou falha de adaptação, causa uma reação no lactente, e essa reação quebra esse vir-a-ser (2007/ 1983, p. 82).*

Assim sendo, o excesso de reações rompe com a continuidade, não provocando frustração, mas sim, uma ameaça de aniquilamento (Winnicott, 1956). É através da preocupação materna primária e dos processos identificatórios decorrentes dela que a mãe fica em uma posição de saber sobre o seu bebê. A capacidade de identificar-se e de entender as necessidades do recém-nascido ocorre de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada (Winnicott, 2006/1988).

Esse processo inicia-se muito antes do nascimento do lactente (Szejer & Stewart, 1997; Mathelin, 1999; Almeida, 2004), já que o vínculo começa a constituir-se antes da gravidez, através do planejamento da gestação. Durante a gestação, a tendência é que esse vínculo se torne mais forte, já que ocorre a confirmação e a aceitação da gravidez. É intensificado quando a mãe começa a sentir a movimentação fetal e aceita o feto como um indivíduo. Também se intensifica no parto, no nascimento e após o nascimento ao ver seu bebê, tocá-lo, cuidá-lo e aceitá-lo como um indivíduo independente (Esteves, 2009). Durante o período de gestação, pelos mecanismos de projeção e introjeção, a mãe realiza um trabalho de aproximação do bebê, tornando-o mais familiar, atribuindo-lhe características relacionadas à sua própria história infantil (Aragão, 2004). Nesse processo de aproximação, os últimos meses da gravidez são extremamente importantes para a construção da criança, mas também para a construção da mãe (Mathelin, 1999).

O bebê é completamente dependente do ambiente. No início, depende da provisão física da mãe, pois está em seu útero, e depois dos cuidados dela. É, ao mesmo tempo, paradoxalmente, dependente e independente, pois possui tudo que é herdado, incluindo os processos de maturação e nasce com um potencial emergente para poder desenvolver-se física e psiquicamente. Precisa de um ambiente favorável que torne possível o seu desenvolvimento, já que o ambiente não faz a criança, mas possibilita ou

não que ela concretize seu potencial (Winnicott, 2007/1983). O cuidado com o bebê se dará de um modo bastante singular, dependerá das suas necessidades, uma vez que cada ser humano responde ao ambiente de forma individualizada, com condições, potencialidades e dificuldades diferentes (Winnicott, 2006/1988). Dessa forma, ao desenvolver o estado de preocupação materna primária, a mãe ou substituto materno fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos (Winnicott, 1956).

Nos estágios de dependência, o lactente necessita de uma provisão ambiental que satisfaça suas necessidades fisiológicas, sendo que fisiologia e psicologia não estão separadas nesse momento. É através do *holding* que a mãe fornece apoio egóico ao seu bebê, especialmente na fase de dependência absoluta, sendo capaz de atuar como um ego auxiliar ao ego do recém-nascido. (Winnicott, 2006/1988). A função de *holding* é a base de todos os cuidados e é através dela que o bebê pode, com o decorrer do tempo, se transformar em um ser que experimenta a si mesmo (Winnicott, 2006/1988). Através dele, a mãe protege seu bebê da agressão fisiológica; leva em conta suas fragilidades, como a sensibilidade cutânea, auditiva, visual e à queda e o seu desconhecimento da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo (Winnicott, 2007/ 1983). O *holding* inclui especialmente o *holding* físico do lactente, que segundo o autor, é uma forma de amar e é a forma que a mãe tem para demonstrar seu amor nesse período inicial. Para poder realizar essa função a mãe ou substituto materno não deve estar somente fisicamente presente, mas estar pessoalmente bem, podendo manter a constância e consistência dos cuidados (Winnicott, 2007/1983). O bebê também possui capacidades inatas ao nascer para estimular a conduta da mãe, como uma constituição física, tendências inatas ao desenvolvimento (áreas livres de conflitos no ego), motilidade, sensibilidade e instintos, relacionados a sua tendência ao desenvolvimento. O processo de constituição inicial do ego é silencioso e as falhas nessa etapa não são entendidas pelo bebê como falhas da mãe, mas sim como ameaças à existência pessoal do eu (Winnicott, 1956).

## **Prematuridade: e a relação?**

*Na maioria dos casos há uma correspondência entre uma mãe prematura e um bebê pré-termo (Morsch, 1990).*

Define-se como recém-nascido pré-termo (RNPT) todo o bebê que nasceu antes de 36 semanas e 6 dias de gestação. Quanto mais cedo for o nascimento, maior será sua imaturidade e provavelmente maior será a presença de complicações clínicas no período neonatal e de doenças associadas, que poderão acompanhá-lo durante toda a vida. Os riscos estão associados às faixas de prematuridade pela idade gestacional (IG) e pelo peso de nascimento (PN). São considerados de maior risco os recém-nascidos com PN abaixo de 1.500g e de extremo risco aqueles que nasceram com menos de 1.000g e/ou IG menor do que 32 semanas. Quanto menor seu peso ou quanto mais precoce for o seu nascimento (idade gestacional pequena), maiores serão suas vulnerabilidades fisiológicas, metabólicas, psicológicas, o que também determina o período de sua internação hospitalar (Ministério da Saúde, 2015).

Quando a gestação é interrompida por diversos motivos, 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 (Druon, 1991; Mathelin, 1999; Wirth, 2000; Esteves, 2009; Oliveira, 2011; Steibel, 2011; Fernandes & Silva, no prelo). Segundo Oliveira (2011), a prematuridade ainda não é totalmente explicada pela ciência. Destaca que muitas podem ser as causas que levam ao parto prematuro, como doenças maternas ligadas ou não à gravidez, idade da mãe (menor de 18 anos e maior de 35 anos), infecções urinárias, insuficiência cervical (fraqueza do colo do útero, etc.); as causas fetais (sofrimento fetal, asfixia fetal, etc.); doenças genéticas (malformações do feto), gemelaridade, e causas ainda desconhecidas.

O ambiente adverso da UTI Neonatal dificulta o estabelecimento de uma interação e de um encontro entre os pais e o recém-nascido, sendo necessário entender as particularidades desse momento. Nesse sentido, tanto os pais como o bebê precisarão de um tempo para consolidar a relação ou iniciar uma interação.

Segundo Braga e Morsch:

*Toda e qualquer UTI Neonatal é marcada por uma sucessão de desencontros entre o bebê pré-termo e seus pais. Não há antecipação de eventuais problemas ou preparação para o parto prematuro capaz de garantir que a dupla parental consiga conciliar seu bebê imaginário<sup>3</sup> e imaginado com este bebê real que necessita de cuidados médicos para manter-se vivo (2007, p. 625).*

Devido à imaturidade e instabilidade do recém-nascido, tanto os pais quanto ele/a sofrem várias restrições que dificultam o contato inicial. Nesse sentido, o nascimento pré-termo pode ser pensando como um dos fatores que mais afetam a experiência de ser mãe e de ser pai (Esteves, 2011). 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). Também, o luto dos pais, comum a todo o nascimento, pode ser intensificado ou impossibilitado quando o bebê precisa permanecer sob cuidados médicos intensos em uma UTI Neonatal (Krodi, 2008).

Mathelin (1999), ao referir-se ao nascimento prematuro, afirma que este se passa na urgência, quando os médicos não podem tranquilizar a mãe, quando o bebê está realmente em perigo. O parto prematuro interrompe a construção pelos pais do bebê imaginário, confrontando-os com o real orgânico, provocando uma descontinuidade temporal brusca (Oliveira, 2011). Instaura uma sensação de fracasso e uma dificuldade de um olhar narcísico que impede que vejam no filho traços que se ajustem ao ideal estabelecido por eles, não conseguindo encontrar marcas das representações que tinham durante a gravidez (Braga, Morsch & Zornig, 2004). Ao se deparar com as fragilidades do bebê real, o psiquismo materno é fortemente atingido em seu narcisismo, trazendo como consequência um enfraquecimento das fronteiras do ego da mãe, sendo que o ego materno ou do cuidador é o que sustenta o ego incipiente do recém-nascido (Rabello, 2004).

---

<sup>3</sup>Segundo Lebovici (1987), no imaginário parental, existem três bebês: o imaginário, o fantasmático e o real. O bebê imaginário é criado durante a gestação, seria o resultado dos sonhos, dos pensamentos e percepções maternas e paternas. Permanece sem tornar-se consciente. O bebê fantasmático é mais arcaico, surge das fantasias dos pais, desde sua infância e relaciona-se com as vivências iniciais dos pais enquanto bebês. Já o bebê real é o que nasce e recebe o investimento materno e paterno. Começa a surgir enquanto real no pensamento dos pais mais para o final da gestação, favorecendo o encontro e aproximação dos pais com ele/a.

O bebê saudável, ao nascer, pode já ser considerado ativo na relação com os pais. Desde seu nascimento, possui um aparato que o torna capaz de ser um parceiro ativo na relação (Bernardino, 2008). Contudo, devido à condição de prematuridade, o bebê pré-termo não nasce pronto para se adaptar ao ambiente extrauterino. Possui uma diminuição na atividade muscular, deficiência no controle da temperatura corporal, da sucção, da deglutição, da respiração, do aparelho circulatório, da concentração urinária, além de uma maior suscetibilidade a infecções (Steibel, 2011). Sendo assim, a questão que se impõe na UTI Neonatal é de uma urgência, que se relaciona com a sobrevivência do bebê e não com a qualidade dos seus cuidados, havendo uma necessidade, por parte do bebê, de privilegiar sua manutenção biológica, não investindo tanto nas respostas às estimulações afetivas e sociais do ambiente cuidador (Braga, Morsch & Zornig, 2004). Segundo Druon (1991), a frequência dos cuidados provoca uma hiperestimulação sensorial quase permanente. O bebê não permanece em repouso, pois o ambiente lhe impõe uma grande descontinuidade, pelos procedimentos que o machucam e o surpreendem.

Dessa forma, a condição orgânica do recém-nascido dificulta a identificação e o encontro dos pais com ele e pode interferir na criação de um espaço de ilusão entre a mãe e o bebê, espaço potencial que permite que a mãe possa se identificar e responder às necessidades do filho/a (Braga, Morsch & Zornig, 2004). Devido a sua fragilidade e necessidade de cuidados, provoca na dupla parental um intenso sentimento de culpa, juntamente com uma sensação de incapacidade e de periculosidade (Almeida, 2004), fazendo com que tenham que lidar com experiências que, muitas vezes, superam a sua capacidade, podendo se sentir desamparados frente ao desamparo do filho/a (Braga, Morsch & Zornig 2004). Contudo, em alguns casos, como destacado por Krodi (2008), a fragilidade e o desamparo do recém-nascido podem ser a via pela qual os pais conseguem se identificar com ele.

Diante de toda a fragilidade do bebê e da necessidade de equipamentos que lhe garantam a vida, a mãe ambiente fica temporariamente substituída pelas máquinas e pela equipe médica (Steibel, 2011). Devido à percepção de fragilidade em relação aos seus bebês, que é intensificada pela dependência destes aos equipamentos, as mães/cuidadores podem desenvolver um sentimento de superproteção. Segundo Dias, Moreira C., Moreira J. e Romagnoli (2009) devido à necessidade de intervenções mais incisivas do ambiente, a mãe pode sentir que a sobrevivência do seu bebê está

relacionada somente a causas externas. Os autores destacam que a mãe superprotetora não se enquadra na definição de "mãe suficientemente boa"<sup>4</sup>.

Tanto as mães como os pais podem ter sentimentos ambivalentes. Steibel (2011) considera que os momentos iniciais da relação tendem a incluir esses sentimentos que podem interferir no contato com o bebê. Destaca que a mãe pode estar mais voltada para o seu próprio conflito, de tornar-se mãe prematuramente, tendo dificuldades de se identificar e de se conectar com as necessidades do recém-nascido. Dessa forma, o processo de vinculação dependerá de como os pais conseguirão elaborar a relação com o bebê real. Para isso, muitos necessitam esperar uma garantia ou um sinal consistente, para assim poder investir afetivamente na relação com o filho/a, sem tantas ameaças de perda (Braga, Morsch & Zornig 2004). Nesse sentido, devido ao contexto de hospitalização, exercer a preocupação materna primária é ainda mais importante, uma vez que a situação vai exigir da mãe ou substituto materno e do filho/a um esforço maior que o comum, para conseguirem entrar em sintonia um com o outro (Esteves, 2009; Anton, Estevez & Piccinini, 2011).

Segundo estudos (Wirth, 2000; Gomes, 2000; Anton, Esteves & Piccinini, 2011) a preocupação materna primária se estabelece de forma diferente do que com as mães de bebês nascidos a termo. Gomes (2000) refere que há uma impossibilidade de atingir esse estado por parte da mãe, na forma como foi descrita por Winnicott (1956). Afirma que devido à complexidade do nascimento pré-termo e das sensações e angústias que o bebê desperta na mãe, primeiramente, ela precisa se recuperar dessa experiência, para somente depois poder se dedicar ao bebê e desenvolver a preocupação materna primária. Nesse sentido, este estado estaria relacionado à capacidade da mãe de sustentação de todo o contexto da prematuridade, sendo necessário para desenvolvê-lo, poder suportar a situação e a desorganização decorrentes da internação, dando continência para seu bebê (Gomes, 2000). Segundo o autor, somente a partir do momento em que a mãe ou substituto materno puder dar um sentido à experiência de hospitalização e ao nascimento prematuro do filho/a, poderá ocorrer a possibilidade de encontro e de comunicação entre ambos (Gomes, 2000). Sendo assim, apesar das dificuldades impostas diante do parto prematuro, as mães ou substituto materno podem

---

<sup>4</sup>(Winnicott, 2006/1988)

conseguir encontrar estratégias para exercer a função materna com seu bebê, ainda que no contexto hospitalar (Fernandes & Silva, 2013).

Druon (1996) destaca que a mãe, para conseguir se aproximar do seu bebê nesse momento deve ser hiper-materna, sendo que essa função apresenta características semelhantes às da preocupação materna primária. Afirma também que a equipe médica, para conseguir estabelecer uma comunicação com o bebê prematuro, deve sofrer do mínimo de preocupação materna primária; contudo sem desautorizar a função materna (Druon, 1996). Steibel (2011), no entanto, ao referir-se à preocupação materna primária, afirma que é um meio de comunicação próprio de determinados momentos regressivos, como a maternidade, os quais seriam impraticáveis pela equipe, já que esta precisa exercer uma função mais técnica junto ao recém-nascido.

Winnicott (1956) refere que a preocupação materna primária é um estado natural das mulheres no período da gravidez e durante algumas semanas após o nascimento, sendo necessário que a mãe tenha saúde mental tanto para entrar quanto para sair deste estado. Afirma que “essa condição organizada seria uma doença no caso de não existir uma gravidez” (p. 401). Sendo assim, seria possível que a equipe médica vivesse em constante estado de preocupação materna primária? Certamente os membros da equipe podem se identificar com algum bebê de forma mais intensa e talvez, nesse sentido, que se pense em “um mínimo de preocupação materna primária”. Contudo, seria muito desgastante para a equipe permanecer constantemente nesse estado mais regredido e intenso, que é vivido pelos pais nesse momento.

Durante a internação do bebê prematuro, o pai pode exercer uma função fundamental. Mathelin (1999) refere que o lugar do pai é sempre incerto, contudo nos nascimentos de alto risco, ele se encontra ainda mais desestabilizado. A sua função está invertida nessa situação, pois é ele que provavelmente mostrará o filho à mãe e que auxiliará para que esse encontro ocorra da melhor maneira possível. Segundo a autora, provavelmente ele será o primeiro a ter contato com o serviço da UTI Neonatal, a conhecer a equipe e a ver o filho/a na incubadora. Refere que, para o pai, o filho/a não pode ser reconhecido como o é pela mãe, no corpo a corpo, sendo assim, muitas vezes, é opondo-se ao discurso médico ou se identificando com o mesmo que ele poderá ocupar seu lugar (Mathelin, 1999). Precisa se mostrar útil, e para isso necessita estar muito bem informado sobre a situação, dando sua opinião sobre os tratamentos realizados com o

bebê. Nesse sentido, é importante que a equipe compreenda e aceite suas questões, mesmo que nem sempre isso seja fácil (Mathelin,1999).

Nesse momento, muitos pais vivem um fenômeno que tem sido denominado de preocupação médica primária, contudo a maioria dos estudos se refere à vivência da mãe (Agman, 1999; Braga & Morsch, 2007). Esse estado precede, neste contexto, à preocupação materna primária, sendo uma modalidade interativa que ocorre devido a uma disposição materna de envolver-se com o filho/a (Braga & Morsch, 2007). Ocorre provisoriamente, já que a interação com o ambiente intensivista tem sua própria temporalidade e demanda especificidades de cada um dos integrantes da relação que está sendo construída.

Na preocupação médica primária, as mães demonstram muita atenção à ficha médica do filho, permanecendo ao lado da incubadora e observando os procedimentos registrados e adotados pela equipe médica (Braga & Morsch, 2007). Para Mathelin (1999), esse estado não poderia ocorrer de forma diferente, pois elas têm que lidar com um bebê que “não sendo, em momento algum, tranquilizante, não fabrica a mãe” (p. 67). Nesse sentido, pode ser considerado um mecanismo de transição, como uma possibilidade para encontrar-se com o filho/a, buscando assim uma aproximação deste bebê frágil e diferente (Braga & Morsch, 2007).

### **Mutualidade: onde as palavras não têm sentido**

*Há um tipo de necessidade muito sutil, que só o contato humano pode satisfazer. [...] Talvez seja-lhe necessário sentir o cheiro da mãe ou do pai, ou talvez ele precise ouvir os sons que lhe transmitem vivacidade e a vida que há no meio ambiente, ou cores e movimentos (Winnicott, 2006/1988, p.75).*

A comunicação que ocorre entre mãe ou substituto materno e bebê em um período inicial da relação da díade, que ainda não passa pela linguagem verbal, é referenciada por alguns autores, em especial Winnicott e Guerra, o qual parte do pensamento winnicottiano para desenvolver sua teoria. Winnicott definiu essa



comunicação específica como Mutualidade (1969)<sup>5</sup>; contudo, antes mesmo de nomear dessa forma, já se dedicava a estudar a comunicação silenciosa entre a dupla.<sup>6</sup> Utilizava termos como adaptação, empatia, interdependência, espelhamento, comunicação silenciosa e identificações cruzadas já se referindo à reciprocidade que ocorre na relação mãe-bebê<sup>7</sup> (Graña, 2012, p.153).

A experiência de mutualidade ocorre em um 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/ substituto materno com o recém-nascido e é uma experiência vivida pela dupla que ocorre no não verbal, em um encontro silencioso. Winnicott refere que é o início de uma comunicação entre duas pessoas. Segundo ele:

*No bebê é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende dos seus processos herdados que conduzem para o crescimento emocional e, de modo semelhante, depende da mãe e da sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir e criar (1969, p. 198).*

Mãe e bebê chegam à mutualidade de formas diferentes, visto que a mãe já foi um bebê, foi cuidada e teve experiências nesse sentido, podendo ter uma opinião sobre o que seria certo ou errado nos cuidados com seu filho/a. Já o recém-nascido está sendo bebê pela primeira vez, dessa forma possui somente as características herdadas e tem tendências inatas para o crescimento e para o desenvolvimento (Winnicott, 1969). Sendo assim, a identificação ocorre de maneira diferente, 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 pertence à capacidade que a mãe tem de adaptar-se às necessidades do filho/a (Winnicott, 1969), sendo que, nesse momento, isso envolve um contato mais silencioso e a criação de um ritmo pela dupla. A mãe pode ou não falar com seu bebê; contudo, as palavras não têm tanta importância nesse momento inicial (Winnicott, 2006/1988).

---

<sup>5</sup> A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade (1969)

<sup>6</sup> Desde os anos 40 Winnicott já fazia referência à comunicação silenciosa, por exemplo, no texto A Observação de Bebês em uma Situação Determinada, de 1941(Graña, 2012).

<sup>7</sup> Embora Winnicott utilizasse o conceito, ele não é exatamente winnicottiano, pois Alice Balint, em 1939, já fazia referência ao conceito na obra de Ferenczi. Sendo, depois, também usado por Bettelheim, em 1967, em seus estudos sobre a psicogênese e os estados autísticos da criança (Graña, 2012).

É importante destacar que a linguagem e a palavra são fundamentais para o desenvolvimento psíquico do bebê; no entanto, Winnicott (1969) nesse momento em que a mãe ou substituto materno e o bebê estabelecem a experiência de mutualidade, está se referindo a um momento anterior ao da palavra, que seria mais vivido pelo *holding* e pelos cuidados com o recém-nascido. Nesse sentido, quando refere que a linguagem não teria tanta importância (2006/1988), seria no sentido de que o conteúdo verbal não seria o mais importante, mas 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” (1956, p. 403).

As identificações cruzadas são condicionadas ou condicionantes da mutualidade (Graña, 2012, p.163). Evidenciam a possibilidade de uma comunicação pelo uso de mecanismos de projeção e introjeção. Contudo, essa comunicação não ocorre somente em função das fantasias inconscientes que originam as identificações projetivas e introjetivas arcaicas, decorre também pelas vivências reais da relação com a mãe real, baseadas em identificações de ego para ego, mesmo que com níveis diferentes de estruturação (Machado, 2012).

A mutualidade ocorre quando a mãe se adapta às necessidades do seu bebê, através do *holding*. Winnicott (1969) amplia o conceito de *holding*, relacionando a ele toda a rotina de cuidados da mãe com o bebê, havendo não somente uma sustentação corporal (*handling*), mas principalmente psíquica. Segundo o autor, o protótipo de todos os cuidados com o lactente seria o ato de segurá-lo, de ele ser segurado por uma pessoa que possa estar identificada com ele e lhe conferir os cuidados de forma adequada. Considera que é no contexto de segurar o bebê que as comunicações mais importantes ocorrem, sendo que a mãe diz ao filho/a que é confiável, por saber o que ele/a precisa e por se preocupar com ele/a, de forma amorosa (Winnicott, 2006/1988). 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 bebê é sutil até certo ponto. Para o bebê a comunicação com a mãe ou substituto materno é o seu estar vivo. Sendo assim, a mutualidade é uma comunicação de confiabilidade que o protege quanto a reações automáticas, devido às intrusões da realidade externa, com essas reações rompendo a

linha de vida do bebê e constituindo traumas<sup>8</sup> (Winnicott, 1969). O bebê não ouve nem 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, através dos 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 tem um ser humano que se preocupa (Winnicott, 2006/1988). Sendo 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, também todos os tipos de desintegração entre psique e corpo (Winnicott, 1956) e de completo isolamento, devido à inexistência de qualquer forma de comunicação (Winnicott, 2006/1988).

Através do compartilhar silencioso, o bebê (sem palavras) diz à mãe o que precisa e ela se aproxima, e ele pode completar a frase dizendo sua necessidade (Winnicott, 2006/1988). Dessa forma, o lactente tem a experiência de onipotência, na qual em um ambiente facilitador ele cria e recria o objeto, e o processo gradativamente se forma dentro dele e adquire apoio na memória (Winnicott, 1963). Um bebê é segurado, satisfatoriamente manejado, e lhe é apresentado o objeto de modo que sua experiência de onipotência não seja violada (Winnicott, 2006/1988). A partir dessa experiência inicial de onipotência, ele é capaz de começar a experimentar a frustração e ir, aos poucos, experimentando o princípio de realidade, que só pode predominar após desenvolver certo grau de maturidade (Winnicott, 1963).

A experiência de mutualidade ocorre pelo movimento da respiração da mãe, pelo calor do seu hálito, pelo seu cheiro, pelas batidas do seu coração, que é um som já conhecido pelo bebê, desde o ventre materno (Winnicott, 2006/1988). O autor destaca que a forma básica de comunicação pode ser demonstrada através do embalar, quando a mãe adapta os seus movimentos aos do bebê, considerando o embalar uma garantia

---

<sup>8</sup>Trauma é aquilo contra o qual o bebê não possui defesa organizada, sendo que ao viver essa experiência um estado de confusão sobrevém, gerando uma angústia impensável, sendo seguido depois 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).

contra a despersonalização, pois cada bebê será embalado de forma diferente, em um ritmo único, da dupla. Essa experiência partilhada ilustra que as pulsões instintuais não se acham especificamente envolvidas, já que a mutualidade 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 (2006/1988, p.89) refere que se entende que é uma “questão de reciprocidade na experiência física”.

Essa comunicação também está presente nas brincadeiras entre a díade, nas quais a interação resulta em uma área compartilhada, um espaço potencial que pode dar origem a um objeto transicional<sup>9</sup> (Winnicott, 2006/1988). Segundo o autor, esse seria o símbolo da confiança e da união entre a mãe-ambiente e o bebê, uma união que não envolve interpretação, sendo através dessas brincadeiras que nasce no bebê a afeição e o prazer pela existência (Winnicott, 2006/1988).

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, 2006/1988). A amamentação seria mais do que a satisfação física das necessidades do bebê, pois há uma comunicação que só pode ocorrer em uma situação de alimentação mútua, na qual o bebê também alimenta a mãe e, em sua experiência, ela 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 (Lisboa, Silva & Martins, 2017).

O contato íntimo da díade e a comunicação subsequente não se dão somente na amamentação, não havendo necessidade de insistir se isso trouxer sofrimento à mãe. Contudo, de certa forma, as experiências do bebê são mais ricas quando se utiliza o seio

---

<sup>9</sup>Os termos objeto transicional e fenômeno transicional designam a área intermediária da experiência, entre a criatividade primária e a percepção objetiva. Relacionam-se com o uso simbólico que as crianças fazem dos objetos da realidade compartilhada, com a finalidade de aliviar a angústia de separação e também à capacidade de interiorizar uma relação de objeto de boa qualidade. Gradativamente, o fenômeno expande-se para toda a experiência cultural (Winnicott, 1975).

ao invés da mamadeira (Winnicott, 2006/1988). Além disso, é preciso considerar tudo que a mãe sente e vivencia durante o processo, e isso está relacionado com suas próprias experiências enquanto bebê. O leite materno é uma resposta ao estímulo da visão, do cheiro, do tato e do choro do bebê, que expressa uma necessidade.

Nessa experiência, o bebê está acordado e toda a sua personalidade em formação está envolvida no processo, sendo que grande parte da sua vida de vigília está voltada para a amamentação. É através dela, inicialmente, que o bebê vai acumulando material para o sonho (Winnicott, 2006/1988). Também é através dela que o bebê pode demonstrar sua agressividade, pode chutar, arranhar, gritar, puxar o cabelo da mãe e morder. Nesse momento, em que a mãe está sendo “destruída”, de forma suficientemente boa, pode perceber o que se passa, e proteger-se sem retaliação ou vingança, permanecendo estável ao longo desse processo. O objeto/mãe passa a ser percebido externamente na medida em que é destruído na fantasia do bebê e sobrevive a isso. Independente da forma de amamentação, se com a mamadeira ou através do seio, a questão da sobrevivência da mãe é fundamental. Contudo, Winnicott, ressalta que existe uma diferença entre a sobrevivência de uma parte do corpo da mãe e a de uma mamadeira (Winnicott, 2006/1988).

Também no uso que o bebê faz do rosto materno está implícito uma comunicação, já que o rosto da mãe ou substituto materno representa o protótipo de um espelho. Durante a amamentação, há uma troca de olhares entre a mãe e o bebê que olha e é olhado. Ao olhar o rosto materno, na verdade o bebê está vendo a si mesmo (Winnicott, 1975). Contudo, muitos bebês têm a experiência de encontrar um rosto não tão receptivo, não conseguindo ver a si mesmos refletidos no rosto do cuidador. Como consequência há uma diminuição da capacidade criativa. Nessa situação, ele tem que procurar outros meios de obter algo de si mesmo de volta, a partir do ambiente. O bebê se acostuma com a ideia de que quando olha vê somente o rosto da mãe, não sendo, portanto, um espelho. Nesses casos, a percepção toma o lugar da apercepção, toma lugar do que poderia ser uma troca significativa com o mundo (Winnicott, 1975), tendo o bebê que reagir ao ambiente.

Segundo Graña (2012), o rosto da mãe tem um efeito para o *self* do recém-nascido, trazendo viva 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. A

empatia materna e a capacidade de se identificar com o bebê é o que possibilita a ele desenvolver a sua capacidade empática. Graña (2012) refere 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.

## **Intersubjetividade**

*Neste campo de trocas e interações entre ambiente e bebê, acontecem os primeiros passos da criança em direção ao processo de tornar-se sujeito (Giaretta & Martins, 2017, p.60).*

Assim como Winnicott, Guerra também 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). Dessa forma, o início da subjetividade ocorre a partir de um encontro com o outro, encontro 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), para assim, depois disso, poder operar a palavra (Guerra, 2014).

Nessa perspectiva, conforme destacam Giaretta e Martins (2017), a constituição psíquica do recém-nascido acontece a partir do encontro de várias subjetividades, envolvendo seus próprios traços inatos e potenciais que se encontram com as subjetividades dos que lhe conferem cuidados. Desde o nascimento, o lactente está em um território intersubjetivo, no qual participa ativamente. Entretanto, nesse momento ainda não se pode falar em uma subjetividade própria do recém-nascido, mas em um princípio dela (Giaretta & Martins, 2017).

A intersubjetividade é a língua universal dos seres humanos e é através dela que a subjetividade se desenvolve (Guerra, 2009). Ocorre em um 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).*<sup>10</sup>

Nesse momento inicial, os pais se encontram com um bebê que é um desconhecido e precisam ter a ilusão de um saber sobre ele e, de maneira geral, esse saber se desenvolve a partir de um diálogo a nível corporal, um “diálogo tônico” (Guerra, 2014, p.219). Destaca que o bebê nasce com uma capacidade para preferir o rosto materno como um ponto de atenção, referindo que há uma fascinação visual como sinal de apego entre o bebê e sua mãe e uma tendência inata para imitar alguns gestos. A imitação é uma das primeiras figurações de um eu, a partir do desejo do rosto do outro. É dessa forma que o rosto materno seria um espelho para o bebê, tal como referido por Winnicott (1975), espelho dos seus afetos, reconhecendo a si mesmo no rosto materno (Guerra, 2014).

Durante a rotina de cuidados se estabelece um ritmo entre o bebê e a mãe-ambiente. Esse ritmo e a conseqüente criação de um ritmo comum são fatores fundantes do sujeito e organizadores do 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 há um respeito ao seu ritmo, sendo que a mãe se adapta a esse ritmo e juntos co-criam uma ritmicidade conjunta (Guerra, 2016). Assim, o bebê não precisa se submeter a um ritmo imposto, podendo desenvolver seu próprio ritmo com o amparo do ambiente cuidador. A ritmicidade conjunta seria:

*Uma forma de construir a sensação de continuidade da experiência com o objeto e integrar a descontinuidade, uma forma de ligar a pulsão a um objeto e uma matriz intersubjetiva primária, cujo objetivo é o prazer libidinal do encontro e a construção do objeto interno (Guerra, 2007, p.10).*<sup>11</sup>

O cuidador do bebê, na medida em que consegue estabelecer uma ligação libidinal com ele, trata de dar um sentido aos seus gestos corporais. Dessa forma, ao encontrar-se com seu bebê, a mãe ou substituto tem a necessidade de construir uma língua própria, exclusiva da dupla, pautada pela co-criação de um ritmo, de uma

---

<sup>10</sup>Tradução própria

<sup>11</sup>Tradução própria

melodia e pela palavra (Guerra, 2015). A sensorialidade compartilhada pela dupla, embalada pela ritmicidade conjunta, seria a base dos afetos e das emoções. Isso só pode ocorrer, caso a mãe se encontre identificada com seu bebê, estando em um estado de preocupação materna primária<sup>12</sup> (Guerra, 2007). No início, esse seria o canal primário de comunicação, que ocorre através do embalar, do *holding*, físico e psíquico, dos sons do coração da mãe, da sua respiração, do cheiro e da sua voz (Giaretta & Martins, 2017).

A harmonização dos ritmos marca a criação de uma linguagem própria, que acompanha o sujeito ao longo da sua vida e que se revive em momentos nos quais a palavra não funciona como forma de elaboração psíquica (Guerra, 2007). É através da co-criação da ritmicidade, da atenção conjunta e depois da narrativa conjunta que a subjetivação do bebê ocorre (Guerra, 2014).

O autor destaca que há dois estilos rítmicos que estão envolvidos nos cuidados do recém-nascido: o básico e o interativo (Guerra, 2016). O básico se relaciona com a regularidade e com a repetição, havendo quebras pouco perceptíveis no ritmo, típico dos momentos de embalo e de relaxamento e fusão da mãe com o bebê. É esse ritmo que é usado no momento que a mãe faz seu bebê dormir. Já o interativo se caracteriza por um jogo de continuidade e descontinuidade, introduzindo variações ao ritmo, nas quais o bebê está atento e participa ativamente no processo de co-criação.

Sendo assim, a partir da experiência rítmica e consequente identidade rítmica do bebê se pode delinear os momentos de união e separação, de continuidade e descontinuidade, de presença e ausência, podendo tolerar a ausência e antecipar o retorno, havendo variações entre diferentes estados emocionais e intensidades (Guerra, 2016). O alterar desses opostos constitui a dinâmica rítmica subjetivante, que delinea as bordas entre o eu e o outro, introduzindo a simbolização na vida psíquica (Giaretta & Martins, 2017). Contudo, em alguns casos, algo no encontro das subjetividades falha e ocorre uma disritmia, inviabilizando o desenrolar da constituição psíquica, levando a uma subjetivação falida.

Guerra (2015) também considera a importância do encontro lúdico entre a mãe-ambiente e o bebê, o nomeando de interludicidade. Esse encontro envolve todas as

---

<sup>12</sup>(Winnicott, 1956)



experiências fundantes do recém-nascido, envolve a disponibilidade materna de compartilhar uma experiência lúdica que co-criaram juntos, onde se entrelaçam o encontro intersubjetivo, o prazer libidinal, a criação e a interdição (Guerra, 2015). Para isso é fundamental encontrar no cuidador uma maleabilidade lúdica, para que assim o bebê possa co-construir sua vida psíquica integrando as vivências da psique e do corpo, podendo explorar e tolerar a realidade, se adaptando a ela, expressando seus desejos e elaborando situações que lhe sejam angustiantes (Guerra, 2014). Sem a maleabilidade psíquica e corporal não haveria a criação de um espaço transicional<sup>13</sup> (Guerra, 2014).

Dessa forma, embora nomeiem o encontro não verbal entre a díade ou entre um substituto materno e o bebê de forma diferente, tanto Guerra, que parte do pensamento winnicottiano, como Winnicott falam de um encontro fundante para a constituição psíquica e para a criação de um *self* verdadeiro. Ambos atentam para a importância desse ritmo “silencioso” para o desenvolvimento físico e, principalmente, psíquico do bebê.

### **Experiência de Mutualidade na UTI Neonatal**

*O contato com os bebês prematuros faz com que cada ser humano acione as suas próprias vivências primitivas impressas em seu corpo, remetendo ao seu próprio início como bebês. Assim, torna-se mais difícil o contato vivaz com estes bebês, pois nos remetem à nossa própria vulnerabilidade e dependência absoluta do ambiente (Steibel, 2011, p.84).*

É no contexto de hospitalização que os bebês prematuros estabelecerão 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, e devido a isso, as experiências com os bebês transbordam para múltiplos cuidadores, que terão toques, cheiros, temperaturas e ritmos diferentes (Steibel, 2011). Conforme destacado por Winnicott (1969), as

---

<sup>13</sup>Winnicott (1975).

identificações cruzadas são a base da comunicação entre a mãe ou substituto materno e o bebê, e devido ao fato de haver muitos cuidadores na UTI, 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 deste local (Steibel, 2011).

O recém-nascido está apto a interagir com o meio ambiente a partir da 28ª semana, desde que esteja 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 o bebê precisa atingir em média 2500g para atingir um estado somático satisfatório e, somente após isso, poderia interagir com seu cuidador. No entanto, segundo Steibel (2011), a emocionalidade desses bebês, mesmo os de menor peso, já pode ser percebida através do seu próprio corpo. Sendo assim, mesmo prematuros possuem uma grande competência para a interação, através do seu potencial de querer se vincular com seus cuidadores (Gomes, 2000; Esteves, 2009). Em sua busca 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 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 desses conteúdos, 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 quem maneja o recém-nascido de que há uma comunicação por parte dele já modifica o modo como o membro da equipe realizará o procedimento, mostrando-se mais atento a mudanças e a particularidades de cada bebê, podendo assim já ir estabelecendo uma comunicação, respeitando o seu ritmo.

Para se comunicar com os bebês na UTI é necessário recorrer a níveis proto-mentais, disponibilizando o corpo e os órgãos como receptores de sensações extremamente primitivas (Lazar, Röepke & Ermann, 2006). Esse recurso somático seria uma das únicas maneiras de conseguir ter acesso a estas vivências ainda não passíveis de serem recebidas em forma de imagens, palavras ou pensamentos (Lazar, Röepke &

Ermann, 2006), e que 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, sendo que quando isso ocorre e conseguem estabelecer com sucesso a comunicação com seus pais e cuidadores, um desenvolvimento normal se inicia.

No ambiente da UTI Neonatal, tanto os pais quanto a equipe podem desenvolver a função de *holding*, descrita por Winnicott (2006/1988), 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, sendo que esses cuidados podem ser, muitas vezes, quase imperceptíveis para um observador. Atentos aos seus bebês estão prontos a entender as suas necessidades e podem, através disso, de forma silenciosa, lhe proporcionar um ambiente confiável:

*“com delicadeza e cuidado tentam, por exemplo, posicionar seu bracinho de forma mais confortável, ajeitar sua cabecinha, evitar que ele puxe a sonda ou que, ao levantar sua cabecinha, por falta de controle motor, ela venha a cair bruscamente. As mães intervêm rápida e delicadamente, colocando sua mão sob a cabeça do bebê trazendo-a docemente até posicioná-la de forma suave (Ministério da Saúde, 2011, p.75)*

Os membros da equipe também exercerão o *holding*, buscando uma continuidade dos cuidados, podendo, por exemplo, estarem atentos ao colocar o bebê na balança na hora de pesá-lo ou quando o deitam na incubadora (Ministério da Saúde, 2011). Dessa forma, tanto os pais quanto a equipe médica estão protegendo o bebê da sensação de queda, já que ele ainda não adquiriu a noção de tempo e de espaço e cair momentaneamente significa, para ele, cair eternamente (Winnicott, 2006/1988) e também estão protegendo de agonias impensáveis com as quais o recém-nascido não consegue lidar (Winnicott, 1969).

Nesse momento em que não possui linguagem simbólica e nem verbal, o bebê utiliza-se do corpo e das suas sensações para comunicar suas necessidades aos seus cuidadores (Steibel, 2011). Segundo Pizzoglio (1999), o bebê mostra através do 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 (Pizzoglio, 1999). Sendo assim, através do seu comportamento, é possível identificar a sua evolução. Manifesta prazer, sente dor, busca contato e foge dele quando não suporta o excesso de dor, de estimulação ou de estresse (Ministério da Saúde, 2011). Devido à imaturidade, muitos dos bebês pré-termo não se expressam através do choro frente a um estímulo doloroso, podendo usar outros recursos para se comunicar (Ministério da Saúde, 2011). Steibel (2011) destaca que quando estressados e superestimulados apresentam, entre outros comportamentos, pausa e aceleração do ritmo respiratório, mudanças de cor, tremores, sobressaltos, bocejos, flacidez motora global, posição de costas na incubadora, fisionomia sem expressão e braços estendidos. Também podem demonstrar hipertonicidade motora e rigidez, estado de vigília e de sono difusos, estado de pânico e tensão, que caracterizam o comportamento do bebê como sem harmonia e sem ritmo (Ministério da Saúde, 2011). Podem usar o sono como recusa de contato e a fixação adesiva do olhar, desenvolvendo a conduta de fixar seu olhar de modo adesivo sobre um objeto, como a incubadora.

Sendo assim, a forma de tocar o recém-nascido e o seu manuseio tem particular importância durante a internação, já que a sensibilidade tátil é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver e a amadurecer. A exposição aos estímulos cutâneos positivos e negativos permite certo grau de aprendizado do bebê pré-termo, interferindo na forma como ele irá reagir aos próximos contatos (Ministério da Saúde, 2011). Winnicott (2007/1983), ao se referir ao *holding*, fala em um sentido mais amplo, abrangendo também o conceito de *handling* e destacando que o principal, nesse momento, seria o *holding* físico com o lactente, enfatizando a importância dos cuidados de manuseio do recém-nascido. Na UTI Neonatal, esse manuseio é quase sempre responsabilidade da equipe, devido às condições clínicas do bebê. Dessa forma, é importante que a equipe esteja atenta as suas manifestações, observando sua pele, seu choro, as expressões que demonstram desagrado, buscando ajustar o manuseio aos sinais que o bebê demonstra. (Ministério da Saúde, 2011). O manejo da equipe torna-se a porta de entrada para as experiências corporais iniciais do recém-nascido. Nesse sentido, é fundamental que os procedimentos feitos nesses bebês sejam acompanhados, minimamente, por um olhar subjetivo (Steibel, 2011).

Nesse momento em que estão mais distantes do manejo físico dos filhos/as, os pais exercem o papel de zelar pela sua proteção contra os excessos de descarga projetivas por parte de outros cuidadores (Steibel, 2011). Esta função torna-se vital, já que, na medida em que tem alguém zelando pelo bebê, há uma maior inibição dessas atuações. A presença da mãe ou de alguém que zele pelo recém-nascido é responsável por “funcionar como um para-raio destas descargas projetivas” (Steibel, 2011, p.93). Além de proteger seus bebês dessas descargas, os pais estabelecem contato de outras formas: podem oferecer o dedo para o bebê tocar ou segurar segundo suas possibilidades, podem tocar no filho/a, contudo, é preciso estar atento para não usar mais de uma modalidade interativa, para não estimular excessivamente o bebê (Ministério da Saúde, 2011). Também podem amamentá-lo e pegá-lo na posição canguru, quando possível, fazendo com que possa vivenciar experiências gratificantes por meio de sua pele (Esteves, 2009).

O Método Canguru é um método utilizado nas UTI Neonatais que surgiu na Colômbia em 1979, criado pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez, como uma proposta para melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo. No Brasil, esse método compreende a posição canguru, a política de aleitamento materno e a política de alta precoce na posição canguru (Ministério da Saúde, 2011). A proposta da posição canguru é poder 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). Consiste em manter o bebê sobre o peito em contato pele a pele, de forma precoce e crescente, sendo determinado pelo sentimento de bem-estar tanto dos pais quanto do bebê (Ministério da Saúde, 2011).

A realização da posição canguru tem inúmeros benefícios para o recém-nascido pré-termo e também para os pais. Para a mãe, manter o bebê em posição canguru pode ser uma possibilidade de ter de volta em seu corpo o seu filho/a, como se assim pudesse recuperar o tempo perdido, “de um tempo que foi tomado da mãe e da criança, a partir do nascimento prematuro” (Dias, Moreira C., Moreira J. & Romagnoli, 2009, p.480). Assim, o contato pele a pele permite, no caso das mães, a elaboração do nascimento prematuro e do trauma decorrente deste, capacitando-as a lidar com a fragilidade do seu bebê e a elaborar o luto pela criança imaginária (Dias, Moreira C., Moreira J. & Romagnoli, 2009).

De modo geral, a posição canguru melhora a condição clínica do recém-nascido. Contribui para a redução do risco de infecção hospitalar, reduz o estresse e a dor do bebê. Possibilita também maior confiança dos pais no manuseio, permitindo que tenham um contato mais íntimo, pele a pele com seu bebê e que, a partir disso, possam se sentir mais confiantes em si mesmos e conhecer as características individuais do seu filho/a (Ministério da Saúde, 2011). Nesse sentido, o pai também deve ser estimulado a colocar o bebê na posição canguru. Isso propicia a todos (mãe, pai e bebê) uma forma de interação e comunicação compartilhada e silenciosa, fazendo com que os pais, através dos cuidados e da posição canguru, proporcionem ao bebê um contato de maior intimidade e de confiabilidade. O benefício para o recém-nascido será a possibilidade de vivenciar novas experiências; para o pai será facilitado um contato diferente que trará como repercussão uma proximidade do seu filho/a e para a mãe será possível se sentir acompanhada nessa tarefa, podendo sentir-se mais segura (Ministério da Saúde, 2011). Steibel (2011) destaca a importância da presença de um terceiro para auxiliar a mãe ou substituto materno, referindo que precisa ser alguém que consiga empatizar com o sofrimento materno e do bebê, ajudando a fazer com que circulem os conteúdos mais primitivos. Afirma que, no momento em que a mãe consegue compartilhar esses conteúdos com um terceiro (como o pai), consegue se manter mais tempo conectada com seu bebê, e ele com ela.

A experiência de mutualidade também pode ser observada no momento da alimentação. Na UTI Neonatal, ao longo da internação, a alimentação do bebê pré-termo é uma questão em destaque, principalmente para os pais, que inicialmente, encontram-se excluídos da relação com o alimento, a não ser pelo fato de que, geralmente, o leite recebido pelo bebê é retirado pela mãe no banco de leite humano<sup>14</sup>. O leite de uma mãe de um bebê pré-termo difere em sua composição durante o período inicial da lactação (quatro a seis semanas) em relação ao leite produzido por uma mãe de um bebê a termo, sendo mais adequado para as necessidades de um bebê prematuro. Sendo assim, todos os esforços devem ser feitos para garantir a produção do leite materno e o contato pele a pele da mãe com seu bebê prematuro (Ministério da Saúde, 2011). A alimentação do recém-nascido pré-termo pode ser iniciada com nutrição

---

<sup>14</sup>Os bancos de leite humano têm um papel fundamental nos hospitais com maternidades. A equipe do Banco de Leite auxilia a mãe no processo de retirada do leite, fornecendo informações sobre a técnica de ordenha, para que seja iniciada logo que a mãe esteja restabelecida do parto e em condições de iniciar a retirada de leite, podendo estocá-lo para o seu bebê (Ministério da Saúde, 2011).

parenteral, depois, conforme evolução clínica, o bebê pode receber o leite por sonda e, posteriormente, no copinho e no peito (Gomes 2004). A passagem bem sucedida à alimentação natural configura um dos critérios para a alta hospitalar; contudo, independente da forma de alimentação, se deve considerar o ritmo do bebê e a coordenação entre sucção/deglutição e respiração para realizar o processo de alimentá-lo (Ministério da Saúde, 2011).

Quando os pais podem estar envolvidos no processo de alimentação, se proporciona através disso uma possibilidade de aproximação. Segundo Gomes (2004), as mães farão todo um esforço para entender as formas e a disponibilidade do seu bebê no que diz respeito à possibilidade de mamar. A amamentação proporciona uma troca muito íntima entre a mãe e o seu bebê, através dela se estabelece uma intensa troca de olhares, lembrando que o bebê se vê espelhado no rosto materno, podendo, a partir disso, inaugurar a sua existência (Winnicott, 1975). 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. Dessa forma, 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 os seus cuidadores encontram outras formas de se comunicar, de modo que alguma comunicação entre a mãe ou substituto materno e o bebê iniciará muito antes de se estabelecer algum padrão de alimentação (Quiniou, 1999).

Em relação aos cuidados estabelecidos com o bebê, 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 (2006/1988), o principal seria encontrar a melhor maneira de ser mãe para o seu bebê. Nesse sentido, a singularidade de cada dupla aparece na forma de dar as mamadas e de executar o método Canguru, também na maneira de se apropriar do programa e de se vincular ao seu bebê, que é única de cada mãe (Dias, Moreira C., Moreira J. & Romagnoli, 2009). Segundo os autores, ao executar o método de forma mais singular as mães libertavam-se das exigências da equipe e construía o seu modo de ser mãe.

Dessa forma, apesar da internação, há a possibilidade da mãe ou substituto materno desenvolver a função materna, estar em estado de preocupação materna primária e encontrar um modo bastante singular de se comunicar com seu bebê e estabelecer com ele a experiência de mutualidade. Fernandes e Silva (no prelo) destacam que há vias possíveis de identificação materna com o recém-nascido, mesmo na hospitalização. Esteves (2009), em seu estudo, destaca que as mães conseguiram atingir um bom nível de comunicação com seus filhos/as, na medida em que conseguiam se fortalecer do primeiro contato com a prematuridade, podendo assim, 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 a sua consequente capacidade de resposta aos estímulos maternos, assim como a construção da 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).

Sendo assim, para que haja a possibilidade de estabelecer a experiência de mutualidade com os bebês, os pais precisam se sentir em um ambiente acolhedor e seguro e, para tanto, é 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 bebê e pela mãe ou substituto materno. Nesse sentido, refere que muitos bebês nascem prematuros e vivem junto com seus pais a experiência da internação e evoluem psicologicamente bem. A evolução do recém-nascido prematuro dependerá, entre muitos fatores, das condições da sua internação, de como os pais conseguem lidar com esse momento e de como está recebendo os cuidados da equipe médica. Nesse sentido, Mathelin (1999) refere que é fundamental nesse processo que a equipe partilhe o desejo de curar o recém-nascido, independente de serem muitos profissionais e, consequentemente, muitos cuidadores. Nessa perspectiva:

*A UTI neonatal não precisa necessariamente ser o palco onde se desenrolam os dramas da prematuridade e onde se produzem as descontinuidades e invasões ambientais, mas pode se transformar em um espaço potencial entre a mãe e o bebê que possibilite que este encontro fundamental se dê, que haja a construção de uma relação silenciosa que permita a continuidade de existência e a elaboração (a posteriori) das marcas destes primeiros tempos (Braga, Morsch & Zornig, 2004 p.143).*



Para dar suporte aos pais e ajudar a fazer com que possam ter recursos psíquicos para lidar com a internação dos seus bebês, Mathelin (1999) refere ser fundamental a importância de psicólogos e psicanalistas nas UTI Neonatais, afirmando que o maior esforço destes profissionais nesses serviços, em relação à díade, relaciona-se à necessidade de manter o vínculo da mãe com seu filho/a. Conforme a mãe ou substituto materno consegue elaborar psicologicamente a internação do seu bebê, consegue se sentir autorizada a saber sobre ele, o que é fundamental para que execute a função materna (Fernandes & Silva, no prelo). Através desse apoio da equipe, a mãe ou substituto materno poderá, talvez, desenvolver o estado de preocupação materna primária e pode ser facilitado o estabelecimento da experiência de mutualidade com o seu bebê, e ambos poderão desfrutar dos benefícios desse compartilhar silencioso. Sendo assim, é necessário por parte dos profissionais que estejam atentos aos ritmos e às possibilidades de encontro, de aproximação e de contato entre a mãe e o bebê (Gomes, 2004).

Vários estudos (Szejda e Stewart, 1997; Mathelin, 1999; Gomes, 2004; Esteves, 2009; Oliveira, 2011) referem a necessidade de construir espaços para amenizar os efeitos causados pelo nascimento prematuro. Nesses espaços, os pais têm a possibilidade de falar sobre os sentimentos despertados pela internação, podendo dividir com outros pais suas angústias e se sentirem amparados e escutados, fazendo circular os conteúdos mais primitivos que surgem a partir do nascimento prematuro e da hospitalização. Assim, ao falar sobre esses conteúdos e sobre as experiências que estão vivendo, conseguem, por se sentirem amparados, dar amparo para os filhos/as também, podendo se identificar com seus bebês e viver com eles a experiência de mutualidade.

## Conclusão

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. Nesse momento mais inicial da relação, de dependência absoluta, o ambiente faz parte do bebê e ele precisa deste para se desenvolver física e psicologicamente (Winnicott, 2006/1988). Através das identificações cruzadas, a mãe ou substituto materno e o bebê começam a viver juntos a experiência de mutualidade, estabelecendo um tipo de comunicação bem específica, que ocorre no não verbal, em um encontro silencioso, de uma forma mais corporal, pela troca de olhares, pelo embalar, pelo amamentar, pelo contato pele a pele e pela função de *holding* mantida com o bebê. Essas experiências proporcionam não somente uma sustentação corporal, mas também psíquica ao recém-nascido, que deve ocorrer mesmo em um contexto de hospitalização e de internação, proporcionando ao bebê um ambiente confiável.

Destaca-se o fato de que a comunicação silenciosa e confiável que se busca estabelecer nesse momento não impede o uso da palavra, da linguagem. É silenciosa, não pela ausência de palavras ou de sons, os quais são fundamentais para o bebê, é no sentido de não ser uma comunicação intrusiva. Nos estados mais iniciais do desenvolvimento, a comunicação é mais primitiva e silente, se desenvolvendo, principalmente, através da experiência de mutualidade. Sendo assim, o conteúdo verbal não seria o mais importante, mas o ritmo (inclusive sonoro) criado pela dupla, que envolve todos os cuidados necessários ao recém-nascido, o *holding* e a mutualidade e, posteriormente, a palavra. É fundamental para a subjetividade do bebê que ocorra um encontro com o outro, encontro que parte do corpo e de uma experiência sensorial, de um ritmo, para depois, poder operar a palavra (Guerra, 2014).

Este trabalho se propôs a refletir sobre como ocorre a experiência de mutualidade durante a hospitalização dos recém-nascidos pré-termo e sobre os efeitos da prematuridade para a identificação dos pais com seu bebê e para a experiência de mutualidade, decorrente desta identificação. Foi destacado que a prematuridade e a internação do recém-nascido têm muitos efeitos sobre a relação da dupla parental com seu bebê. Podem 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),

sendo necessário, por parte dos pais, um esforço maior para que encontrem uma sintonia com seu bebê (Esteves, 2009; Anton, Estevez & Piccinini, 2011). Sendo assim, tanto os pais quanto o recém-nascido precisarão de um tempo para consolidar a relação ou iniciar uma interação.

Os pais, para conseguirem se aproximar do filho/a, precisam elaborar a relação com o bebê real (Braga, Morsch & Zornig 2004), precisam simbolizar todo esse momento da prematuridade e da internação do seu bebê (Mathelin, 1999). Já os bebês, mesmo que estando em uma condição orgânica que dificulte o processo de intersubjetividade, possuem uma grande capacidade para isso e buscam contato com seus cuidadores (Gomes, 2000; Esteves, 2009), estando constantemente emitindo mensagens não verbais, que, de alguma forma, são captadas pelo ambiente suficientemente bom. Nesse sentido, é durante a internação que estabelecerão suas primeiras formas de comunicação e poderão começar a viver a experiência de mutualidade com seus pais.

Na busca por contato, os recém-nascidos utilizam-se do corpo e das suas sensações para comunicar suas necessidades. Sendo assim, é fundamental que tanto os pais, quanto a equipe, que desempenham as funções de *holding* e de *handling* (Winnicott, 2007/1983) busquem uma continuidade dos cuidados. Destacou-se a importância do manuseio do bebê durante a internação, já que, como referido por Winnicott (2006/1988), o protótipo de todos os cuidados com o lactente seria o ato de segurá-lo, de ele ser segurado por uma pessoa que possa, identificada com ele, lhe conferir os cuidados de forma adequada. Contudo, é preciso salientar que muito dos 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. Nesse sentido, há outras vias de cuidado dos pais com seu bebê, que mesmo distantes do manejo físico, podem zelar pela sua proteção e lhe proporcionar um ambiente confiável, através de um *holding* mais psíquico: por exemplo, através do olhar, da voz e da simples proximidade física.

Independente da condição clínica, o principal é um cuidado singular com o recém-nascido, que considera a sua subjetividade emergente, estabelecendo assim uma comunicação não intrusiva e fazendo com que o bebê possa desfrutar dos efeitos da confiabilidade (Winnicott, 1969) e viver na intersubjetividade (Guerra, 2014). Para

tanto, cada mãe, pai ou cuidador principal desenvolve um modo singular de cuidar do seu bebê e cria, com ele, um ritmo conjunto (Guerra, 2015), sendo que para isso, é fundamental que os pais possam receber também um *holding* por parte da equipe e acompanhamento psicológico quando possível (Mathelin, 1999).

Durante a internação o bebê tem múltiplos cuidadores, fazendo com que suas experiências não ocorram somente com seus pais (Steibel, 2011). Sendo assim, a comunicação possivelmente ocorrerá de forma diferente entre a dupla parental com seu bebê e entre a equipe médica e o bebê. Como foi destacado, nem sempre é fácil para os membros da equipe conectar-se com esta forma de comunicação dos recém-nascidos (Mendes & Bonilha, 2003), já que estão acostumados com uma linguagem mais verbal e precisam manter um saber mais técnico sobre o bebê. Já os pais, no estado de preocupação materna primária, conseguem se identificar com seu filho/a e, através disso, estabelecer com ele/a essa comunicação mais silenciosa e ainda não passível de ser recebida na forma de palavra. A equipe, mesmo não estando em preocupação materna primária, ou sofrendo um mínimo dela (Druon, 1996), pode se comunicar e se identificar com o bebê, só que isso ocorrerá, possivelmente, de forma menos intensa do que com os pais e o recém-nascido. Considero que seja necessário que ocorra dessa forma, já que não teria como a equipe estar em constante estado de preocupação materna primária e 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 o seu filho/a. Para tanto, precisam estar identificados com ele/a, estabelecendo uma comunicação diferente da que a equipe estabelece.

A maioria dos estudos citados ao longo do trabalho refere-se à vivência da mãe e do bebê. Contudo, destaca-se a importância de mais estudos referentes ao papel do pai nesse momento, pois além de ser um suporte para a mãe durante a internação, sua função se estabelecerá de forma diferente do que com o bebê a termo (Mathelin, 1999). Por fim, também se sugere mais estudos sobre a experiência de mutualidade durante a hospitalização do recém-nascido prematuro, já que nesse contexto, a comunicação se desenvolve de forma bastante singular e com várias especificidades.

## Referências Bibliográficas

- Agman, M; Druon, C. & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, D.B. (Org) (1999). Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade. Salvador: Ágalma.
- Almeida, M.L.B.V. (2004). A Criatividade em UTI Neonatal. In: Aragão, R.O.(org). (2004). O bebê o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alfaya, C. & Schermann, L. (2005) Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. Estudos de Psicologia 2005, 10(2), 279-285.
- Anton, M.C.; Esteves, C.M. & Piccinini, C.A. (2011). Indicadores de preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram Parto Pré-termo. Psic. Clin. Rio de Janeiro, 23 (2), 75 – 99.
- 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: Kupfer, M.C. & Teperman, D.(org). (2008). O que os bebês provocam nos psicanalistas. São Paulo: Escuta.
- Braga, N.A; Morsch, D.S. & Zornig, S.M.A. (2004). Os tempos da prematuridade. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., 2(4), 135-143.
- Braga, M.C.A. & Morsch, D.S. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo, 10 (4), 624-636.
- 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: Aragão, R.O.(org). (2004). O bebê o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, D.A.S.; Moreira, C.B.; Moreira, J.O. & Romagnoli, R.C. (2009). Programa Mãe-Canguru e a Relação Mãe-bebê: Pesquisa Qualitativa na Rede Pública de Betim. Psicologia em Estudo, Maringá, 14 (3), 475-483.
- Druon, C. (1996). À L'Écoute Du Bébé Pré-maturé. Une Vieaux Portes de la Vie. France: Aubier.
- Druon, C.(1997). Como o espírito vem ao corpo da criança, em UTI neonatais. In: Lacraix, M.B & Minmayrant, M. (Org). (1997). Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações, 139-148. Porto Alegre: Artes Médicas.

Druon, C. (1999). Ajuda aos Bebês e aos pais em terapia intensiva neonatal. In: Wanderley, D.B (1999). *Agora eu Era o Rei: Os Entraves da Prematuridade*. Salvador, BA: Ágalma.

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, Porto Alegre, RS.

Fernandes, P. P.; Silva, M. R. (no prelo). Função materna no contexto da prematuridade: uma revisão da literatura psicanalítica. *Psicologia em Revista (Online)*. Artigo aceito para publicação, ainda não publicado.

Granã, R.B. (2012). Mutualidade, Comunicação Silenciosa e Identificações Cruzadas. In: Sucar, I. & Ramos, H. (org). (2012) *Winnicott: Ressonâncias*. São Paulo: Primavera Editorial.

Guerra, V. (2007). El ritmo en la vida psíquica: entre perdida y re-encuentro. Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/educacion/PERDER,%20RE-ENCONTRAR%20-%20Guerra%20JFIT.pdf>, acessado em 14 de abril de 2018.

Guerra, V. (2014). Indicadores de Intersubjetividade (0-12 m). Del encuentro de miradas al placer de jugar juntos. *Ass. Psicanalistas del Uruguay. Psicanálise*, 16(1), 209-235.

Guerra V. (2015). El ritmo y la ley materna em la subjetivación y em la clínica in-fantil. *Ver. Urug. de Psicoanálisis*, (120), 133-154. Disponível em: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512009.pdf>, acessado em 14 de abril de 2018.

Guerra V. (2016). Formas de (des)subjetivação infantil em tempos de aceleração: os transtornos de subjetivação arcaica. *Rev de Psicanálise*. 23 (1), 137-158.

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.

Gomes, A.L.H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicol.Hosp. (São Paulo)*. 2(2).

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: Kupfer, M.C. & Teperman, D.(org). (2008). *O que os bebês provocam nos psicanalistas*. São Paulo: Escuta.

Lazar, R.A; Röepke, C. & Ermann.G.(2006). Aprender a ser: observación de um bebê prematuro. Revista Internacional de Observación de Lactantes y SUS aplicaciones, 5, 25-50.

Lebovici, S.(1987). O Bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas.

Machado, L.M.K. (2012). Mutualidade: Qual a novidade? In: Sucar, I. & Ramos, H. (org). (2012). Winnicott: Ressonâncias. São Paulo: Primavera Editorial.

Martins, P.G. & Giaretta, V. (2017). A Função Subjetivante do ritmo em um contexto de atendimento psicanalítico. Revista Brasileira de Psicoterapia, 19(2), 59-71.

Ministério da Saúde (2015). Manual de Neonatologia (Secretaria do Estado da Saúde) Agosto/2015.

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.

Ministério da Saúde (2011). Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru, Manual Técnico.

Morsch, D.S. (1990). *O desenvolvimento afetivo em situação de alto risco neonatal: um estudo sobre o processo de interação*. Dissertação de mestrado. Curso de Pós Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, RJ.

Oliveira, M.G. (2011). *Função Materna e a Constituição Subjetiva na Condição de Prematuridade*. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, PR.

Rabello, A.(2004). A Função Simbólica da UTI Neonatal. In: Aragão, R.O.(org). (2004). O bebê o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pizzoglio, Y.Q. (1999). Presença de um Psicanalista em Reanimação Neonatal como auxiliar da vida psíquica. In: Lebovici, Intervenções psicoterápicas país-bebê (1999). Porto Alegre: Artes Médicas.

Quinio, U.Y.(1999). Alimentar, ser alimentado em UTI Neonatal. In: Wanderley, D.B.(org). (1999). Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade. Salvador, BA: Ágalma.

Silva M. R.; Martins, P. G.; Lisboa, R. M. (2017). A experiência de mutualidade no processo terapêutico de uma dupla mãe-bebê. Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, 24, 255-278.

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, Porto Alegre, RS.

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. (1941). *A observação de Bebês numa Situação padronizada*. In: Winnicott, D.W. (2000/1958). *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Winnicott, D. W (1956). *Preocupação Materna Primária*. In: Winnicott, D.W. (2000/1958). *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora

Winnicott, D. W (1963). *Comunicação e Falta de Comunicação levando ao estudo de certos opostos*. In: Winnicott, D. W (2007/1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W(1968). *O Uso de um Objeto e o Relacionamento através de Identificações*. In: Winnicott, C. (2005/1989). *Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas dos Sul.

Winnicott, D. W(1969). *A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade*. In: Winnicott, C. (2005/1989). *Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas dos Sul.

Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

Winnicott, D. W (2007/1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D.W (2006/1988). *Os Bebês e Suas Mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W (2013/1993). *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: Caron, N.A.(ed). (2000). *A relação pais-bebê, da observação a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.