

Interferências traumáticas da internação na UTI neonatal na capacidade de maternagem: contribuições winnicottianas a partir do conceito de Preocupação Materna Primária*

Traumatic interferences in the neonatal ICU in the mothering capacity: Winnicottian contributions based on the concept of Primary Maternal Preoccupation

Flávia Maria de Paula de Paula Soares

Psicóloga, psicanalista, professora de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Mestra em Psicologia Clínica pelo Núcleo de Psicanálise da PUC-SP. Doutoranda em Filosofia da Psicanálise na PUC-PR.

E-mail: flaviaps@hotmail.com

Resumo: Este artigo aborda algumas interferências traumáticas na capacidade de maternagem de mães de bebês internados em UTI neonatal acompanhadas em ambulatório de *follow up*. A hipótese levantada é de que em decorrência da patologia e internação do bebê, a mãe entra no processo psíquico normal de preocupação materna primária, mas não consegue se recuperar dele no tempo comumente esperado. Os efeitos sintomáticos na maternagem se expressam em sua capacidade de agir como uma mãe dedicada comum que, por consequência, decorre no posterior atraso do desenvolvimento global do seu bebê em relação ao que é esperado para a sua idade. Pela perspectiva da ética do cuidado proposta por Winnicott, o psicanalista cuida da mãe, em uma espécie de *holding* do *holding*, para que ela possa cuidar de forma adequada do bebê e restabelecer o seu desenvolvimento saudável.

Palavras-chave: Relação mãe-bebê; Preocupação materna primária; UTI neonatal; *Follow up*.

Abstract: This article addresses some traumatic interferences in the mothering capacity of mothers of infants admitted to neonatal ICU monitored in a follow-up ambulatory. The hypothesis raised is that as a result of the pathology and hospitalization of the baby, the mother enters the normal psychic process of primary maternal preoccupation, but fails to recover from it in the commonly expected time. The symptomatic effects in mothering are expressed in her ability to act as good-enough mother, which as a consequence, occurs in the later delay in the overall development of her baby compared to what is expected for his or her age. From the perspective of the ethics of care proposed by Winnicott, the psychoanalyst takes care of the mother, in a kind

of holding of the holding, so that she can adequately care for the baby and restore healthy development.

Keywords: Mother-infant relationship; Primary maternal preoccupation; Neonatal ICU, Follow up.

Este trabalho descreve, a partir da leitura psicanalítica, uma manifestação clínica particular percebida na relação mãe-bebê no Ambulatório Multiprofissional de Seguimento (*follow up*) de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal do Programa Mãe Curitibana (PR/Brasil)¹.

Esse ambulatório é de natureza transdisciplinar nas áreas de neurologia, neonatologia, fisioterapia, odontologia, serviço social, fonoaudiologia e psicologia. A avaliação dos bebês na relação com suas mães é feita seguindo o Protocolo IRDI (Kupfer, 2009). A equipe conta com o apoio de outras especialidades para encaminhamento, como suporte nutricional, oftalmologia, pneumologia, cardiologia, ortopedia, nefrologia, otorrinolaringologia, neurocirurgia, infectologia, endocrinologia e cirurgia pediátrica.

1. Os efeitos do trauma na maternagem

O nascimento de um bebê prematuro ou com má-formação se apresenta como um trauma para a relação mãe-bebê e familiares-bebê. A internação do bebê na UTI neonatal pode marcar a sua história, na medida em que afeta o psiquismo materno e, portanto, sua capacidade de maternagem e, muitas vezes, também, o lugar do bebê na filiação familiar. A definição de traumático para Winnicott é a “quebra da existência de um indivíduo” (1967/2011, pp. 4-5). Os efeitos do trauma na relação mãe-bebê e família-bebê podem dificultar o desenvolvimento deste em geral e processos de formação da sua subjetividade em particular, na medida em que estados psíquicos da mãe, nesse período de sua vida, podem ser afetados.

A patologia-surpresa traumática age como uma interferência na capacidade de maternagem que não aconteceria se não fosse pela patologia ou história de internação do

* Versão anterior do presente trabalho foi apresentada em comunicação oral no *V Séminaire International Transdisciplinaire sur le bébé* em Paris, em julho de 2017.

¹ Dados coletados entre 2006 e 2008. O ambulatório iniciou suas atividades em junho de 2004 e tem como clientela os neonatos que cumprem os critérios de risco: patologias neurológicas neonatais, neonatos submetidos à ventilação mecânica ou displasia bronco-pulmonar; neonatos de peso inferior a 2.500 gramas, neonatos com idade gestacional inferior a 34 semanas; neonatos com infecção congênita e com escore de Apgar inferior a 7 no quinto minuto.

bebê na UTI. Assim, não é uma dificuldade materna que, como sintoma, vem para dar conta de um não simbolizado na mãe (Lacan, 1969/1986), mas produz, como efeito, um não simbolizado traumático que não faz associação com a história psicológica da mãe e do lugar simbólico dado ao bebê antes mesmo de seu nascimento.

Diante do trauma, alguma significação é melhor do que significação nenhuma. No período de internação do bebê na UTI Neonatal, no pós-parto, o discurso materno muitas vezes apresenta uma significação de ordem mítica para o traumático, seja em relação ao seu lugar de filha para a sua mãe – “Não fui uma boa filha” –, seja por explicar o adoecimento do bebê como um castigo divino ou referência a vidas passadas como um *karma*, ou ainda a uma rejeição desta gestação ou do bebê por motivos circunstanciais de sua vida atual. De todo modo, a mãe “chama para si” a responsabilidade e se culpa pelo adoecimento do bebê. São frequentes relatos de pesadelos em que coisas se quebram, de que sua casa é assaltada e batidas de carros, como também a manifestação alucinatória de ouvir o choro do bebê que está na UTI neonatal.

2. O psiquismo materno

Como afirma Winnicott (1966/1999), não existe um bebê sem uma mãe. Para esse autor, existem peculiaridades psicológicas da mulher quando está diante da maternidade, da expectativa e cuidados reais de seu filho, de seu bebê. O bebê tem uma tendência inata ao amadurecimento que só vai ocorrer se houver um ambiente facilitador (Dias, 2012). Este ambiente é a mãe – ambiente suficientemente bom. Ela se prepara para acolher o bebê no seu psiquismo desde a gestação, passa por um período particular chamado preocupação materna primária e a sua capacidade de maternagem a constitui como uma mãe dedicada comum.

O conceito de preocupação materna primária, desenvolvido por Winnicott (1956/2000) caracteriza um estado psíquico sofisticado da mãe no último mês de gestação e nas primeiras semanas ou meses de vida do bebê. A preocupação materna primária é um estado especial da mãe, de sensibilidade aumentada, pelo qual parte da mãe se identifica inconscientemente ao bebê, e outra parte se mantém adulta. Isto se torna possível porque “ela também [a mãe] já foi um bebê, e traz consigo as lembranças de tê-lo sido; tem igualmente, recordações de que alguém cuidou dela, e estas lembranças

podem ajudá-la quanto atrapalhá-la em sua própria experiência como mãe” (Winnicott, 1966/1999, p. 4).

Se não fosse pela gestação, a preocupação materna primária seria uma psicopatologia psiquiátrica da mulher, mas nestas circunstâncias é o processo esperado que permite a adaptação da mãe às necessidades do bebê. É a chamada “a loucura necessária das mães”.

As características particulares desta fase da vida da mulher permitem que a mãe compreenda o seu bebê e aja de acordo com o que ele precisa em cada momento. Como um estado transitório, a mãe precisa ser capaz atingir a preocupação materna primária e posteriormente também recuperar-se dela. É importante salientar que após o período de duração da preocupação materna primária, a mãe tende a reprimir estas lembranças, não se lembrando mais delas.

As falhas comuns da mãe, próprias da recuperação gradual da preocupação materna primária, demonstram o retorno de sua atenção aos interesses de sua vida cotidiana no mundo – continuando também com os cuidados ao filho – e propiciam o desenvolvimento do bebê conforme sua idade cronológica, na medida em que ele passa da dependência absoluta inicial para a dependência relativa, sempre possibilitada por esta relação dual (Winnicott, 1956/2000).

Com o tempo, o bebê começa a precisar da mãe para ser malsucedido em sua adaptação – e esta falha é um processo gradual [...]. Para uma criança seria muito aborrecido continuar vivenciando uma situação de onipotência quando ela já dispõe dos mecanismos que lhe permitem conviver com as frustrações e as dificuldades de seu meio ambiente. (Winnicott, 1966/1999, p. 6)

3. No ambulatório de seguimento de UTI Neonatal: o sintoma

O diferencial deste ambulatório de seguimento de bebês saídos de UTI neonatal é que a equipe atua de modo transdisciplinar na consulta, o que permite uma inter-relação de conhecimentos dos profissionais nos processos de avaliação, intervenção e acompanhamento do bebê até os sete anos de idade.

A particularidade deste tipo de avaliação e intervenção precoce se encontra na constatação de que, nos primeiros anos de vida, ocorre a constituição psíquica do bebê

que articula os aspectos de desenvolvimento neurológico, psicomotor e a relação mãe-bebê de tal forma que um fator sobredetermina o outro. Em virtude desses fatores, notou-se a necessidade de avaliação dos bebês desde os primeiros meses de vida, pois a intervenção é mais eficaz quando realizada o mais precocemente possível.

Entretanto, desde Winnicott, Bowlby, Spitz até autores contemporâneos – Bydlowski, Lasnik, Sejzer, Boukobza, entre outros –, sabe-se que o desenvolvimento global saudável do bebê depende tanto da sua relação com a mãe como também de que a mãe esteja ela mesma saudável psiquicamente, dentro do esperado neste seu momento de vida.

Nas consultas com o seu bebê, junto com a mãe, realizadas pela equipe, a manifestação clínica sintomática percebida em bebês de 8-9 meses era o atraso no desenvolvimento global do bebê: atraso psicomotor, de linguagem e na subjetividade, apesar de ele ter condições orgânicas – neurológicas, de crescimento, enfim, condições pediátricas – para estar de acordo com a sua idade, o que sugeriu que algo da ordem psíquica materna dificultava o desenvolvimento do bebê.

Nesses casos, a mãe se relacionava com o bebê como se ele tivesse a idade do período da internação na UTI neonatal e ela não conseguia demandar do bebê condutas mais elaboradas que fossem condizentes com a sua idade cronológica. Estas mães não conseguiam sonhar o bebê em um futuro, mas os mantinham no passado da UTI. A mãe tratava-o como um bebê recém-nascido no seu modo de segurá-lo no colo, na persistência do manhês, na dificuldade de desmame e de introdução do alimento semissólido e sólido, o que é descrito por Lasnik (2004) como características típicas do “circuito pulsional oral”. O bebê, por sua vez, se identificava ao lugar estagnado proposto inconscientemente pela mãe e se identificava com ele. Ele tinha condições orgânicas de prosseguir em seu desenvolvimento, mas ficava parado no nível da demanda feita pela mãe de que ele continuasse bebê, dependente dela. Assim, a expressão dos cuidados maternos se apresentava na relação mãe-bebê como “um excesso de mãe”.

Ao observarmos os indicadores positivos de desenvolvimento do instrumento IRDI (Kupfer *et al.*, 2009) da idade de 8-12 meses, podemos verificar o predomínio do eixo teórico de estabelecimento da demanda e alternância presença e ausência da mãe como precursor da função paterna, pontos estes que falham nesta relação mãe-bebê e culminam nesta sintomatologia. Os indicadores verificados, no entanto, correspondiam aos da idade de 0-4 meses em que o predomínio do eixo teórico é a suposição de sujeito

e presença e ausência materna. A mãe supunha um sujeito, estabelecia a demanda de amor, mas não promovia o avanço do desenvolvimento do bebê.

A hipótese levantada foi a de que o atraso no desenvolvimento do bebê se devia a dificuldades da mãe de se recuperar da preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000). Diante do impacto traumático do nascimento de um bebê prematuro ou com más-formações, que correu risco de vida e necessitou de um longo tempo de internação em UTI neonatal, a mãe entrava em preocupação materna primária, mas não conseguia se recuperar dela. Havia uma estagnação na temporalidade psíquica da mãe, uma espécie de congelamento temporal de permanência nos modos dos cuidados iniciais de um bebê pequeno. A mãe “congelava” o tempo do desenvolvimento do bebê ao permanecer na preocupação materna primária. Esta dificuldade na maternagem não se apresentava como um conteúdo não simbolizado na história materna ou familiar (Lacan, 1969/1986), mas como um efeito de “transtorno traumático” na mãe em sua capacidade de recuperar-se da preocupação materna primária no tempo comumente frequente.

O núcleo do conteúdo traumático e consequente cristalização na preocupação materna primária apareciam no discurso materno como o retorno psíquico frequente e repetitivo de uma frase da comunicação médica geralmente sobre a notícia de gravidade da patologia do bebê ou prognósticos de risco de vida ou ainda, de uma imagem do bebê com aparência de morto, abatido, na incubadora ligado aos aparelhos, ocorridos no período pós-parto, ou seja, de preocupação materna primária. As imagens do bebê e a palavra do médico atuavam como assombrações que regiam, em ato, a relação mãe-bebê e em geral escondiam o medo da morte do bebê que a mãe guardava em segredo.

Pela experiência clínica em UTI neonatal, as mães têm a crença de que se elas estiverem olhando para o bebê, com ele no seu colo, ele estará seguro de qualquer mal que possa vir a lhe ocorrer. Em sua maternagem, para possibilitar a “continuidade de ser” do bebê (Winnicott, 1956/2000), pois sua vida fora ameaçada, a mãe se segura na fantasia de que ela pode protegê-lo, não mais de uma morte real, mas de uma morte-assombração.

Gargiulo, Dürr e Fritschmann (2006, p. 209) ensinam que “após um primeiro enunciado, qualquer que seja a qualidade de sua enunciação, ele fica carregado de um potencial traumatizante”. As autoras incluem uma observação sobre a temporalidade da comunicação médica – e podemos acrescentar das imagens do bebê doente –, que permanecem no psiquismo da mãe por longo tempo. A sua força de pregnância se dá

justamente pelo impacto traumático se apresentar nesta época de sensibilidade aumentada característica da preocupação materna primária.

[...] Esta comunicação [aparece] não como um ato único que agiria de uma vez por todas, mas como um momento aberto para o futuro e detentor de um potencial: o de continuar a agir sem cessar em uma temporalidade indefinida. (Gargiulo, Dürr e Frischmann, 2006, p. 209)

As autoras ainda complementam que a comunicação do diagnóstico está sempre ativa nos anos após ela ter tido lugar. A comunicação não cessa de passar, e se constitui mais como um processo do que um ato único.

4. A intervenção precoce do psicanalista na relação mãe-bebê

Winnicott (1966/1999) nos alerta que frequentemente esquecemos a importância dos primórdios do relacionamento entre mãe e filho e interferimos com excessiva facilidade. Ele afirma que

Quando uma mãe é capaz de ser mãe com toda naturalidade, jamais devemos interferir. Ela será incapaz de lutar por seus direitos, pois não terá uma compreensão dos fatos. Tudo o que saberá é que foi ferida. A única diferença é que o ferimento não é um osso quebrado ou um corte no seu braço, mas sim a personalidade mutilada do bebê. (Winnicott, 1966/1999, p. 11)

Quando “tudo vai bem” na relação mãe-bebê, a intervenção técnica tanto não é necessária como pode ser prejudicial. Entretanto, quando na relação mãe-bebê se mostra uma sintomatologia indicativa de dificuldades na dupla, a intervenção precoce é necessária, e sua omissão pode implicar comprometimento do desenvolvimento global e formação da subjetividade do bebê.

O modo de intervenção deve ser pautado pela ética do cuidado. Para Loparic (2013), em referência a Winnicott, o cuidado materno não é mais um poder ser mãe, mas um dever ser:

Uma mulher que decide conceber um filho dispõe-se não somente a amamentar, mas também a assistir a emergência do não ser para o ser de alguém que está aí para ser. Ela assume, portanto, a responsabilidade de repassar o poder ser ao seu filho que busca ser. (Loparic, 2013, p. 40)

A responsabilidade materna consiste em prover um ambiente facilitador para o amadurecimento pessoal do bebê. A mãe suficientemente boa provê um ambiente estável, previsível e confiável ao bebê. Ela é a mãe-ambiente.

Na manifestação da entrada da mãe na preocupação materna primária como esperado, podemos compreender que a identificação primária do bebê em relação à mãe está fundamentada na experiência dele se identificar a ela. Ela por sua vez, se identifica ao bebê desamparado no início para se adaptar às suas necessidades. Considerando a condição psíquica materna, neste momento, o desamparo da mãe é o desamparo do bebê.

A intervenção do psicanalista no discurso materno é uma espécie de *holding* do *holding*. O psicanalista cuida da mãe para que ela possa cuidar de seu bebê, seguindo o modelo da mãe dedicada comum.

Sugiro que encontremos, no aspecto cuidado-cura do nosso trabalho profissional, um contexto para aplicar os princípios que aprendemos no início de nossas vidas, quando éramos pessoas imaturas e nos foi dado um cuidado suficientemente bom, e uma cura, por assim dizer, antecipada (o melhor tipo de medicina preventiva) por nossas mães “suficientemente boas”, por nossos pais (Winnicott, 1986b, p. 120, como citado em Loparic, 2013, p. 38).

Na intervenção da psicanalista no discurso materno, em sessão privada com a mãe no ambulatório, as imagens e comunicação médica cristalizadas, do tempo inicial da vida do bebê doente, eram trazidas como palavras narradas ao psicanalista – que sabe reconhecê-las pela transferência como expressão inconsciente. Ao serem ressignificadas pela referência à condição de saúde atual do bebê, ganhavam mobilidade psíquica na mãe que se manifestava em sua nova conduta com o bebê, movida agora por demandas atualizadas dirigidas a ele de acordo com o desenvolvimento esperado do bebê conforme sua idade cronológica.

A temporalidade psíquica da mãe em relação ao bebê se reorganizava e produzia efeitos rápidos na relação: a UTI tornava-se história – passado –, e a mãe podia voltar a sonhar o bebê no futuro e agir no presente conforme sua idade cronológica. Na sequência

do seguimento ambulatorial, voltava uma mãe diferente e outro bebê, em desenvolvimento.

Referências

- Boukobza, C. (1997). Le risque d'hémorragie narcissique chez La mère et ses effets chez l'enfant. In C. Boukobza; A. Coen, *Narcissisme de la mère, narcissisme de l'enfant*. Paris: Association Santé Mentale et Culture.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dias, E. O. (2012). *A teoria do amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial.
- Gargiulo, M.; Dürr, A.; Fritschmann, M. (2006). Devenir de l'annonce dans les maladies génétiques. In D. Brun, *8^o Colloque de Médecine et Psychanalyse: Devenirs de l'annonce: par-delà Le bien et Le mal*. Paris: Centres de Recherches Psychanalyse et Médecine, Université Paris 7 – Denis Diderot.
- Kupfer, M. C. et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin of Fundamental Psychopathology Online*, 6(1), 48-68.
- Lacan, J. (1969). Duas notas sobre a criança. *Revue du Champ Freudien*, 1986, (37), 13-14.
- Lasnik, M. C. (2004). A voz como primeiro objeto da pulsão oral. In M. C. Lasnik. *A voz da sereia: o autismo e impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma.
- Loparic, Z. (2013). A ética da lei e a ética do cuidado. In: Z. Loparic (org.). *Winnicott e a ética do cuidado*. São Paulo: DWW Editorial.
- Spitz, R. (1979). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1967). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1966). A mãe dedicada comum. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1956). Preocupação materna primária. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.