

RESPOSTA AO EDITORIAL “CUIDADOS PSICOAFETIVOS EM UNIDADE NEONATAL DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19”

Response to the editorial “Psycho-emotional care in a neonatal unit during the COVID-19 pandemic”

Cristiane Ajnamei dos Santos Alfaya^{a*}

Prezadas Autoras,

O Editorial da Revista Paulista de Pediatria intitulado “Cuidados psicoafetivos em unidade neonatal diante da pandemia de COVID-19” contribui para uma profunda reflexão acerca da saúde mental materno-infantil. Com base nos conceitos teóricos da perspectiva de Winnicott, os quais são descritos neste texto, dá-se prosseguimento à importante discussão sobre o tema “cuidar”, especialmente no atual contexto da pandemia de COVID-19.¹

Em geral, o ato de cuidar traz em si uma carga de responsabilidade que pode acarretar sentimentos e experiências de desgaste físico, psíquico, social e institucional. Nos espaços institucionais em que cuidamos da saúde com o intuito de promover o bem-estar e a cura, especialmente do bebê em unidade neonatal, faz-se necessário considerar tanto o período de desenvolvimento em que o bebê se encontra como o estado de disponibilidade emocional que a equipe de saúde pode oferecer para a promoção do desenvolvimento socioafetivo da criança e sua família.

Na perspectiva dos processos de maturação inicial, de acordo com a teoria psicanalítica de Winnicott, a saúde mental do indivíduo compreende três aspectos principais: o estado de “vir a ser”, que para o autor é contínuo em potencial; o “sentir que é”, ou seja, sentir que existe e habita no próprio corpo; e o sentir que é capaz de “fazer” verdadeiramente, por meio da criatividade e com autonomia. Para que esses processos alcancem o desenvolvimento do verdadeiro *self*, isto é, o “ser” e o “fazer” com criatividade e autonomia, Winnicott postulou que, durante os últimos meses de gestação e as primeiras semanas após o parto, a mãe experimenta um estado psicológico especial denominado de “preocupação materna primária”. Esse estado de sensibilidade aumentada, que a mulher experimenta no período gravídico-puerperal, possibilita que a mãe atenda às necessidades do bebê

por meio da identificação projetiva. Dessa forma, as experiências passadas da mãe como filha, as expectativas da mãe como progenitora do bebê, assim como as expectativas e experiências da mãe com a sua própria mãe (avó do bebê), poderão ser observadas na interação da mãe com o bebê no presente. Sendo assim, a interação mãe-bebê atual envolve os aspectos objetivos e subjetivos de interações do passado e do presente (expectativas e experiências) somados aos diferentes contextos e condições sociais atuais em que a díade mãe-bebê está inserida. Durante o período gravídico-puerperal, segundo Winnicott, a mulher experimenta uma regressão parcial do ego, para identificar-se com o bebê e atender às necessidades da criança. Com isso, é fundamental que a mãe experimente no presente um ambiente suficientemente bom (*holding*), a fim de exercer a função de cuidar do seu bebê com o predomínio de experiências subjetivas atuais positivas.^{2,3}

No atual contexto da pandemia de COVID-19, a unidade de tratamento intensivo neonatal, com os profissionais da saúde, tem exercido as funções mencionadas, as quais são consideradas essenciais para promover os processos de maturação física e psíquica do bebê. Winnicott destaca os processos de maturação como atrelados ao conceito de *holding* (sustentação), que envolve a experiência da proteção física em virtude da sensibilidade epidérmica do bebê — tato, temperatura —, tanto quanto da sensibilidade auditiva, visual e ao toque. Isso também pelo fato de o bebê ainda desconhecer a sua plena existência (fragmentos de ego ou experiências subjetivas), assim como tudo o que não seja ele próprio (ambiente externo). Nesse sentido, a meta do período inicial do desenvolvimento humano é a integração das experiências subjetivas (pulsões, instintos, capacidades perceptivas e motoras) para formar o núcleo do *self* (ego) e a personalização — adquirir a sensação de que o corpo aloja o verdadeiro *self*. Além disso, para esse teórico,

*Autora correspondente. E-mail: cristianealfaya@gmail.com (C.A.S. Alfaya).

^aCentro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil. Recebido em 18 de novembro de 2020; aprovado em 14 de dezembro de 2020.

o *holding* envolve a rotina de cuidado físico ao bebê ao longo do dia e da noite, bem como a expressão de amor e carinho pelo contato físico de sustentar a criança nos braços. O ambiente que proporciona o *holding* (mãe/pais, cuidador principal ou profissional da saúde) funciona como um ego auxiliar, sendo um fator determinante na passagem do estado de não integração (dependência absoluta do bebê) para o da integração (dependência relativa rumo à independência). Esses estados podem ser observados mais tarde no comportamento exploratório da criança, em sua criatividade, autonomia, iniciativa, atenção, entre outros, durante o ato de brincar. O contínuo processo de vir a ser do indivíduo por meio das experiências subjetivas na interação com o ambiente (mãe/pais, cuidador principal ou profissional da saúde) formará as bases para o desenvolvimento do potencial saudável do indivíduo rumo à autonomia e à independência, como os sentimentos de confiança, pertencimento, autoestima, segurança, regulação emocional, entre outros.⁴

O teórico destaca os processos de maturação emocional como sendo inatos ao indivíduo em direção à vida, ou seja, ao encontro de objetos interno (eu) e externo (outro). A oportunidade de o bebê encontrar esses objetos, decorrente das experiências subjetivas dadas nas interações com o ambiente, possibilita ao indivíduo a construção de sentidos e significados sobre si e o outro (mundo). Assim sendo, o *holding* (ambiente suficientemente bom), que reflete a imagem de si e a do outro, inicialmente mescladas e indiferenciadas, possibilita a separação e a diferenciação verdadeira dos objetos reais por intermédio das trocas interativas e experiências subjetivas do *self*.^{2,3,4}

A integração é obtida por duas séries de experiências: por um lado tem especial importância a sustentação exercida pela mãe, que “recolhe os pedacinhos do ego”, permitindo à criança que se sinta integrada a ela; por outro lado há um tipo de experiência que tende a reunir a personalidade em um todo de base interna (a atividade mental do bebê). Chega um período em que a criança, graças às experiências citadas, consegue reunir os núcleos do seu ego, adquirindo a noção de que ela é diferente do mundo que a rodeia. Esse momento de diferenciação entre “eu” e “não eu” pode ser perigoso para o bebê, pois o exterior pode ser sentido como perseguidor e ameaçador. Essas ameaças são neutralizadas, no desenvolvimento sadio, pela existência do cuidado amoroso por

parte da mãe. O *self* verdadeiro começa a adquirir vida pela força que a mãe dá ao ego débil da criança, quando cumpre as expressões da onipotência infantil. Novamente, o papel do ambiente (mãe/pais, cuidador principal, profissional da saúde) é prover ao bebê um ego auxiliar que lhe permita integrar suas sensações corporais, os estímulos ambientais e suas capacidades motoras. Caso contrário, o bebê poderá substituir a proteção que lhe falta por uma “fabricada” por ele, envolvendo-se em uma casca, às custas da qual cresce e desenvolve o falso *self*. O indivíduo vai se desenvolvendo como uma extensão da casca, uma extensão do ambiente não suficientemente bom, ameaçador e hostil, o qual não conseguiu interpretar as suas necessidades, sendo incapaz de cumprir a onipotência infantil e impondo o seu gesto. O falso *self*, especialmente quando se encontra no extremo mais patológico da escala, é acompanhado geralmente por uma sensação subjetiva de vazio, futilidade e irrealidade.⁵

Winnicott define a personalização como “o sentimento de que a pessoa de alguém encontra-se no próprio corpo”. O autor propõe que o desenvolvimento normal levaria o indivíduo a alcançar um esquema corporal, chamando-o de unidade psique-soma, que forma o seu esquema corporal como um todo — interpenetra-se e desenvolve-se em uma relação dialética e apresenta o paradoxo da diversidade na unidade. À medida que o desenvolvimento progride, a criança tem um ego relativamente integrado e a sensação de que o núcleo do si próprio habita o seu corpo. Ela e o mundo são duas coisas separadas. A etapa seguinte é conseguir alcançar uma adaptação à realidade. Nessa etapa, os pais, cuidador principal, profissionais da saúde têm a função de prover à criança os elementos da realidade com as quais ela poderá construir a sua imagem psíquica e a do mundo externo.⁵

Nesse sentido, as estratégias de intervenção na rotina de cuidados em unidades neonatais voltadas para o recém-nascido, as voltadas para a família, bem como as estratégias de cuidados com o cuidador descritas pelas autoras Denise Streit Morsch, Zaira Aparecida de Oliveira Custódio e Zeni Carvalho Lamy no Editorial da Revista Paulista de Pediatria são essenciais para a promoção da saúde física, psíquica, social e institucional na relação bidirecional estabelecida entre as famílias com bebês em unidade de tratamento intensivo e os profissionais de saúde da unidade.

REFERÊNCIAS

1. Morsch DS, Custódio ZA, Lamy ZC. Cuidados psicoafetivos em unidade neonatal diante da pandemia de COVID-19. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38:e2018277. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020119>
2. Winnicott DW. *Da pediatria a psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
3. Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação*. Poro Alegre: ArtMed; 1983.
4. Winnicott DW. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
5. Winnicott DW. *Tudo começa em casa*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

CARTA-RESPOSTA

Response letter

Denise Streit Morsch^a , Zaira Aparecida de Oliveira Custódio^b , Zeni Carvalho Lamy^{c*} 

Prezada Prof.^a Cristiane Ajnamei dos Santos Alfaya

Foi um imenso prazer receber suas considerações relativas ao editorial que escrevemos sobre os cuidados neonatais perante a pandemia da COVID-19,¹ não apenas pelo estímulo ao nosso trabalho, mas por nos dar a oportunidade de discutir questões que consideramos fundamentais na atenção humanizada ao recém-nascido — método Canguru.

Desde o início da formulação dessa política de saúde, ofertada pelo Sistema Único de Saúde, um profícuo caminho de busca e integração de saberes de diferentes áreas do conhecimento, biológica, psicológica e social, envolveu a todos nós, consultores nacionais. Em nossas práticas diárias nas unidades neonatais reconhecemos o recém-nascido como um sujeito que, apesar de seu tamanho e idade, demanda a presença de seus pais, especialmente de sua mãe, para a verdadeira sobrevivência como pessoa, além da sobrevivência física.

Entre as teorias que nortearam os pressupostos do nosso trabalho, um lugar especial foi dado à teoria winnicottiana, especialmente quanto aos cuidados maternos iniciais. E você explica de forma preciosa a importância que essa teoria teve para embasar nossas intenções. Somos gratos a Winnicott, que nos permitiu avaliar a importância do *holding*, da preocupação materna primária, dos diferenciais propostos pelo cuidado materno e pelo gesto espontâneo. Mas, como ele mesmo propõe em seu livro *Natureza Humana*, “compreender a criança não é o bastante, se a isto não se seguem providências adequadas às necessidades e objetivos da mesma”.² Assim, buscamos descobrir as providências indicadas por ele, iniciando com a importância de a equipe propor um lugar de direito aos pais e à família desses bebês.

Buscamos, ainda, oferecer aos profissionais da área neonatal o conhecimento de que, para além do contato pele a pele,

a compreensão do que se passa com o bebê e sua família nessa situação é imprescindível. O objetivo sempre foi oferecer os melhores cuidados e manejos diante das diversas ocorrências e intercorrências que fazem parte da rotina de uma unidade neonatal. Tínhamos claro que espaço e tempo levam a uma intensa diferenciação do roteiro original, tão próprio para o nascimento a termo. Isso porque os pequenos bebês que recebíamos a cada dia, de diferentes idades gestacionais, alguns muito precoces, ofereciam à nossa prática demandas significativas e específicas, como esta, que nos lembra que a sensibilidade materna deve ser facilitada ao bebê:

O que a mãe necessita é a chance de ser natural e de encontrar seu caminho junto com o bebê, da mesma forma como outras mães encontraram os seus próprios caminhos desde o alvorecer da história humana, e até mesmo antes da evolução do homem a partir dos mamíferos.²

Existiam, porém, questões concretas que exigiram que ampliássemos nossas observações. Como facilitar a presença da mulher/mãe junto ao bebê? Temos, para ambos, um tempo que não se completou, em que experiências básicas do período gestacional e mesmo fetal não puderam ocorrer pela antecipação do parto. Existe um tempo e um espaço diferentes nas unidades neonatais, não esperado, não desejado e, na grande maioria das vezes, não conhecido pela família dessa criança que se encontra sob nossos cuidados. Talvez as únicas pessoas que se encontram num espaço e num tempo que atendem a um desejo, uma escolha, uma vontade específica de cuidar, sejam os profissionais.

Em suas poucas referências ao nascimento prematuro, encontramos no mesmo livro acima citado:

*Autora correspondente. E-mail: zenilamy@gmail.com (Z.C. Lamy).

^aConsultora Nacional do Método Canguru, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

^bHospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

^cDepartamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

Recebido em Recebido em 14 de dezembro de 2020.

Em algum momento próximo ao nascimento ocorre um grande despertar, responsável pela diferença perceptível entre um bebê nascido prematuramente e outro com nascimento pós-maturo. O primeiro ainda não está pronto para a vida, e o segundo está sujeito a nascer num estado de frustração por ter sido mantido à espera depois de estar pronto.

Ou seja, embora não avance nas questões teóricas do pré-termo, Winnicott marca a diferença desse nascimento e nos indica a necessidade de conhecer melhor quem “não estaria pronto para a vida”. Precisávamos conhecer o momento evolutivo do bebê, suas capacidades e competências e, por isso, outros autores foram buscados.

A forma de tocar e de aproximar o lugar da palavra nas incubadoras levou também à preocupação com o profissional, tão exigido afetivamente nesses cuidados e ainda com a ambiência entendida como o entorno do bebê e sua função terapêutica no cuidado.³ Aos poucos todas estas preocupações se transformaram em pistas para a compreensão de que deveríamos

tentar o *holding* do *holding*. Pedimos licença para Winnicott e tantos outros teóricos para que tentássemos adaptações às suas especiais contribuições, novas abordagens no espaço das unidades neonatais.

Temos, porém, de lembrar que nesses paradigmas o contato pele a pele proporcionado pela posição canguru tem lugar especial nos cuidados físicos e psíquicos de nossos bebês. Acreditamos que, nessa prática, as propostas de Winnicott transformam-se na grande ação de cuidados. É no contato pele a pele, proporcionado pela posição canguru, que a continuidade se dá. Nunca tivemos a pretensão de dizer que se trata de um retorno do bebê a um momento intraútero. Ele sabe que nasceu, mas precisa ter experiências nas quais essas mudanças antecipadas não determinem, necessariamente, rupturas, o que seria muito prejudicial para seu desenvolvimento. Ao encontrar novamente o corpo de sua mãe, disponível para continuar uma proximidade na qual *holding* e *handling* compõem um cenário especial para esse encontro, o bebê pré-termo pode relaxar seu corpo, tão solicitado por exigências clínicas, sensoriais e psíquicas próprias de sua prematuridade.

REFERÊNCIAS

1. Morsch DS, Custódio ZA, Lamy ZC. Cuidados psicoafetivos em unidade neonatal diante da pandemia de COVID-19. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38:e2018277. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020119>
2. Winnicott DW. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
3. Brazil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 340p. (Manual Técnico).