

KÁTIA CRISTINA DA SILVA

Quando vamos embora?

A experiência da maternidade prematura no ambiente familiar

ASSIS

2023

KÁTIA CRISTINA DA SILVA

Quando vamos embora?

A experiência da maternidade prematura no ambiente familiar

Dissertação apresentada à
Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências e
Letras, Assis, para obtenção do título
de Mestre em Psicologia. Área de
Conhecimento: Psicologia e
Sociedade.

Orientadora: Dra. Thássia de Souza
Emídio

ASSIS

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

S586q	Silva, Kátia Cristina da Quando vamos embora? : a experiência da maternidade prematura no ambiente familiar / Kátia Cristina da Silva. — Assis, 2023 112 f. Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis Orientadora: Profa. Dra. Thássia Souza Emídio 1. Prematuros. 2. Maternidade. 3. Psicanálise. 4. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971. I. Título. CDD 155.6463
-------	--

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Quando vamos embora? A experiência da maternidade prematura no ambiente familiar

AUTORA: KÁTIA CRISTINA DA SILVA

ORIENTADORA: THÁSSIA SOUZA EMÍDIO

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em Psicologia, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Profa. Dra. THÁSSIA SOUZA EMÍDIO (Participação Presencial)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL - Assis/SP

Prof. Dr. JORGE LUÍS FERREIRA ABRÃO (Participação Presencial)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL - Assis/SP

Profa. Dra. MAÍRA BONAFÉ SEI (Participação Virtual)
UEL - Londrina/PR

Assis, 13 de novembro de 2023

Agradecimentos

O agradecimento é o reconhecimento de que a caminhada, a trajetória construída até aqui não é possível sem uma rede de apoio. Em cada fase, a gratidão foi tomando novas formas, novos tons e novas proporções. Assim, expresso aqui meus agradecimentos.

A Deus, pela sustentação por meio da fé, que me deu forças para continuar diante das dificuldades.

Aos meus pais, meu pai Luiz e minha mãe Elza, minha maior de referência de amor, cuidado, dedicação, seriedade, cumplicidade e, principalmente, minha maior referência de fé. Fé em Deus. Fé na vida.

Aos meus irmãos, Carlos Alexandre e Camila Juliana, que são meu porto seguro, meu ninho para recarregar as baterias.

À minha cunhada Renata, que chegou para somar a nossa família.

Aos meus sobrinhos, Théó Otávio e Melissa Maria. Palavras não descrevem a minha alegria com a chegada de vocês. Meus amores. Minha duplinha preferida. Théó, meu presente de Deus. Melissa, minha luz de esperança.

Aos meus tios Emília e Maurício, pelos cuidados, almoços e cafés nos dias em que eu mais precisava. Por me ofertar, em Boituva, uma rede de apoio, extensão dos meus vínculos familiares.

A meu tio Pedro e a meu primo Naldo, *in memoriam*, os quais partiram precocemente, e me mostraram a necessidade de se cultivar os vínculos, de se aproveitar os dias e que fazem parte das minhas memórias especiais da infância.

Ao meu amigo, meu irmão Paulo, que divide comigo essa trajetória pessoal e profissional, que é minha referência de profissional, pesquisador,

seriedade e compromisso. É minha referência, também, no cuidado e no carinho nos vínculos afetivos.

A todos os amigos encontrados durante o caminhar do mestrado e, em especial, à Talita e à Roseclair. Quando penso em uma dica para quem está iniciando, eu digo: façam amigos! A caminhada fica mais leve quando encontramos amigos que conhecem e compartilham essa trajetória. Talita e Roseclair, vocês foram uma excelente surpresa que o Mestrado me reservou.

Ao meu casal de amigos, Raquel e João Marcos, meus compadres, que me presentearam com os sobrinhos Ana Laura e João Pedro. Vocês me ofereceram leveza nos dias em que eu estava mais tensa e preocupada. Vocês são essenciais.

Ao meu amigo Paulo Pera, pela disposição em estar comigo quando eu podia, e paciência, reconhecendo os limites e a ausência que esta caminhada exige.

Às minhas amigas Helen, Marcela, Bruna e Priscila, as quais ouviram meus desabafos e ofereciam leveza diante das adversidades encontradas.

À minha amiga Érita, com quem divido o trabalho no serviço público municipal, pela compreensão diante de algumas ausências, e por compartilhar dos desafios do nosso trabalho com as crianças.

À minha amiga Elaine, e toda a sua família, por compartilhar as dificuldades da nossa profissão e por compreender minha ausência, necessária durante este período de escrita.

À minha amiga Flávia, colega de profissão que se tornou uma amiga da vida, que me ofereceu atenção, carinho e cuidado nos dias em que eu estava mais cansada.

À minha equipe do Instituto SELF, em especial: Cynthia, Daniela, Francine, Felipe S., Isabela, Nayara, Tamires, Débora e Camila, por me ouvirem diante das angústias e caminharem comigo nesta trajetória, na troca de experiências, acolhimento e cuidados diários. Ter vocês comigo faz toda diferença.

Às mães de bebês prematuros que compartilharam suas experiências nas nossas entrevistas. Mães que enriqueceram esta pesquisa e se colocaram à disposição para expor sua história. Em cada entrevista, aprendi muito com vocês.

À minha orientadora, Thássia Souza Emídio, que tem toda minha admiração. Por toda atenção e paciência. Em cada encontro, correção e orientação, ensinou-me tanto. Eu me emociono ao recordar todo seu cuidado comigo durante nossa trajetória.

Aos professores que aceitaram participar da minha banca, Máira Bonafé Sei e Jorge Luís Ferreira Abrão. Muito obrigada por aceitar fazer parte da construção desta pesquisa, por compartilhar seus ensinamentos e pelas grandes contribuições, que enriqueceram o meu trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Boituva, representada por Kátia Pico, Ana Paula Moura e Edna Correa, pelo auxílio e disposição às minhas necessidades nesta trajetória.

À equipe da biblioteca, representada por Ana Paula, pela disposição e acolhimento diante de dúvidas.

Aos professores da pós-graduação, os quais me inspiraram nas leituras, reflexões e me ofertaram uma oportunidade única de crescimento pessoal e profissional.

Todo homem precisa de uma mãe

O sol, manhã de flor e sal
E areia no batom

Farol, saudades no varal
Vermelho, azul, marrom

Eu sou cordão umbilical
Pra mim nunca 'tá bom

E o sol queimando o meu jornal
Minha voz, minha luz, meu som

Todo homem precisa de uma mãe
Todo homem precisa de uma mãe

O céu, espuma de maçã
Barriga, dois irmãos

O meu cabelo negra lã

Nariz, e rosto, e mãos

O mel, a prata, o ouro e a rã
Cabeça e coração

E o céu se abre de manhã
Me abrigo em colo, em chão

Todo homem precisa de uma mãe
Todo homem precisa de uma mãe
Todo homem precisa de uma mãe
Todo homem precisa de uma mãe

SILVA K. C. **Quando vamos embora? A experiência da maternidade prematura no ambiente familiar.** 2023. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2023.

RESUMO

A maternidade e seu lugar na sociedade passaram por transformações significativas ao longo da história que estão ligadas às transformações no papel da mulher na sociedade. Desse modo, a maternidade tem sido objeto de estudos de diversos campos científicos, principalmente dentro da psicologia, com importante contribuição da Psicanálise. Os estudos sobre maternidade e prematuridade apontam que o nascimento de um prematuro tem grande impacto no processo de adaptação mãe/bebê, sendo importante compreender a experiência de maternagem nesse campo maternidade-prematuridade-família, uma vez que tornar-se mãe de um bebê prematuro é uma experiência que atravessa as mulheres diretamente no exercício de sua maternagem. Esta pesquisa objetivou compreender a experiência da maternidade de mães de filhos prematuros, e como se organiza a vida familiar no retorno para casa, após o período de internação que sucedeu ao nascimento. A pesquisa delineou-se como uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, que teve a entrevista semidirigida como instrumento de coleta de dados. Foram entrevistadas cinco mulheres, entre 27 e 42 anos, que se tornaram mães de bebês prematuros, que haviam passado pela experiência do retorno para a casa com seus bebês, e seus filhos se encontravam na idade entre 07 e 09 anos. As entrevistas foram realizadas de forma individual e foram seguidos todos os critérios éticos. As questões que nortearam as entrevistas focalizaram a experiência da maternidade prematura e do retorno para casa após a alta hospitalar. As entrevistas foram transcritas e analisadas à luz das discussões sobre a maternidade e do referencial teórico da Psicanálise, em especial a teoria de Donald W. Winnicott. Para análise do material das entrevistas, utilizamos a análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram o sofrimento vivenciado pelas mães diante da prematuridade de seus filhos, e suas repercussões na construção do vínculo com o bebê, além das repercussões em sua saúde mental. Observamos também que o sofrimento apresentado pelas mães não está atrelado somente à vivência da prematuridade, mas também a uma ruptura com o ideal social sobre a maternidade, apontando para a necessidade de reflexão e de transformação do olhar para a maternidade, em que ela possa ser reconhecida como experiência plural.

Palavras chaves: Prematuridade, Maternidade, Psicanálise, Família.

SILVA. K. C **When are we leaving? The experience of premature motherhood in the family environment.** 2023. 112 p. Dissertation (master's degree in psychology) - College of Sciences and Languages, São Paulo State University (Unesp), Assis, 2023.

ABSTRACT

Motherhood and its place in society have undergone significant transformations throughout history that are linked to changes in the role of women in society. Thus, motherhood has been the subject of studies in different scientific fields, mainly within psychology, with an important contribution from Psychoanalysis. Studies on motherhood and prematurity indicate that the birth of a premature baby has a great impact on the mother/baby adaptation process, and it is important to understand the mothering experience in this maternity-prematurity-family field, since becoming the mother of a premature baby It is an experience that affects women directly in the exercise of their mothering. This research aimed to understand the motherhood experience of mothers of premature children, and how family life is organized upon returning home, after the period of hospitalization following the birth. The research was designed as a qualitative, exploratory-descriptive work, which used a semi-directed interview as a data collection instrument. Five women were interviewed, between 27 and 42 years old, who became mothers of premature babies, who had gone through the experience of returning home with their babies, and their children were aged between 7 and 9 years old. The interviews were carried out individually and all ethical criteria were followed. The questions that guided the interviews focused on the experience of premature motherhood and returning home after hospital discharge. The interviews were transcribed and analyzed in light of discussions about motherhood and the theoretical framework of Psychoanalysis, especially Donald W. Winnicott's theory. To analyze the material from the interviews, we used thematic content analysis. The results highlighted the suffering experienced by mothers when faced with the prematurity of their children, and its repercussions on building a bond with the baby, in addition to the repercussions on their mental health. We also observed that the suffering presented by mothers is not only linked to the experience of prematurity, but also to a rupture with the social ideal about motherhood, pointing to the need for reflection and transformation of the perspective on motherhood, in which it can be recognized as a plural experience.

Key words: Prematurity, Motherhood, Psychoanalysis, Family.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Classificação Mundial da idade gestacional e prematuridade do bebê.....48

TABELA 2 - Descrição das mães participantes da pesquisa.....59

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
 1 - Um percurso histórico acerca da maternidade e do amor materno: destino ou construção social?.....	17
 1.1 - O despontar da mulher para além da maternidade: qual o primeiro passo?.....	26
 2 - Maternidade e Psicanálise: um suporte para a compreensão das nossas relações primitivas.....	31
 2.1 - A maternidade para Winnicott: todo homem precisa de uma mãe.....	33
 2.2 - A relação mãe–bebê para Winnicott: a vida psíquica começa em uma relação.....	37
 3 - O bebê prematuro: o descompasso entre a mãe e o bebê	47
 3.1 O bebê prematuro: um encontro antecipado.....	51
 4 - A Pesquisa: O caminhar e os encontros.....	57
 4.1 Objetivos.....	57
 4.1.1 Objetivo Geral.....	57

4.1.2 Objetivos Específicos.....	57
4.3 Delineamento da pesquisa.....	57
5 - Um olhar para a prematuridade e suas repercussões para a maternidade.....	63
5.1 Apresentação do grupo pesquisado.....	63
5.2 Emoções e dificuldades face à prematuridade.....	65
5.3 Redes de apoio e tornar-se mãe no retorno para casa	76
5.4 Culpa, cuidado e superproteção: as repercussões da prematuridade no exercício da maternidade.....	85
Considerações Finais.....	96
Referências.....	102
Anexos.....	106

Introdução

A presente pesquisa tem a sua origem na minha experiência de trabalho, dentro de um local especializado em atendimento de mulheres, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior de São Paulo. O acompanhamento psicológico era direcionado à saúde da mulher, e um público em especial tomou toda minha atenção: as mães de bebês prematuros. Essas mães eram encaminhadas para o atendimento psicológico após a alta hospitalar de seu bebê. Sendo assim, tive meu primeiro encontro com a maternidade prematura, e com essas mulheres, que estavam desenvolvendo seu papel materno após todo atravessamento médico sofrido, e necessitavam resgatar a sua função diante de seus bebês. Ao me encontrar com as mães de bebês prematuros, pude perceber que a prematuridade traz consigo a comunicação de fragilidades, medos, receios e expectativas, e essas mulheres tinham que adiar suas funções de cuidado diante da internação de seu bebê e, posteriormente, resgatar esta função quando retornavam para a casa. E aqui estava o meu papel: cuidar dessas mães para que elas pudessem fazer este resgate e assumir a dupla mãe-bebê.

Mas ao fazer um resgate da minha trajetória pessoal e profissional, reconheço que não foi nesse contato o início do meu interesse em estudar a maternidade. Ao informar meu tema de pesquisa à minha rede de relações pessoais, sempre surgia esta questão: e por que você pesquisa sobre a maternidade? E justamente esse questionamento comum é o que me fez refletir sobre as justificativas para o tema, porque, na verdade, para mim, pesquisar a maternidade era algo próximo, natural, interessante e comum à minha história, de tal modo que esse questionamento nem se fazia próximo aos meus pensamentos.

Pois bem, então por que eu pesquiso sobre maternidade? O que será que chegou primeiro? O interesse pela maternidade, explorada pela Psicanálise? Ou a Psicanálise me fez caminhar para as profundidades dessa relação tão íntima das mães com seus bebês? Realmente, o início desse caminho se entrelaça. Sem haver o primeiro e o segundo. Sem haver o antes e depois. Mas se entrelaçaram e caminharam juntos.

A maternidade sempre foi um tema que me chamou atenção. No início, na figura da minha mãe. Uma mulher tão forte e cheia de fé, que dedicou, e ainda dedica, a sua vida aos 03 filhos e ao marido. Agora, em novos papéis, com os netos. Depois, vi desabrochar o materno na minha irmã. Minha companheira de vida toda se transformou em uma mãe forte e independente. E assim, seguiram-se no meu desenvolvimento, a experiência com diversas mulheres: mãe, tias, avós. E depois, nas fases seguintes, o desabrochar da maternidade de tantas mulheres com que tive o prazer de conviver.

E no caminhar, encontrei a Psicologia; e na formação, encontrei duas paixões: a Psicanálise e as Políticas Públicas, em especial no Sistema Único de Saúde. Ali, mesmo que precocemente, estar em um serviço público foi um plano de trabalho. Sim, eu queria me formar e trabalhar no SUS. A formatura chegou, o início do trabalho, também. Caminhei em outras políticas públicas, até chegar o momento certo do meu encontro com o Sistema Único de Saúde, e aqui estou e continuo.

Iniciei meu trabalho em um Centro de Referência da Saúde da Mulher, que tinha como objetivo central o atendimento de mulheres em seus vários âmbitos de cuidado (ginecologia, enfermagem, pré-natal). Por se tratar de serviço novo no município, eu inaugurei o acompanhamento psicológico dessas mulheres. E para minha surpresa, o maior público de mulheres que encontrei eram de mulheres que se tornaram mães de bebês prematuros. A prematuridade era para mim um universo totalmente desconhecido. A angústia das mulheres que tinham que se separar de seus bebês de forma abrupta e eram atravessadas pela medicina me tocou de uma forma tão profunda, que todos que trabalhavam comigo conseguiram observar. Acredito que a enfermagem e a medicina já estavam adaptadas a esses encontros, mas eu não. Após a alta do bebê, as mães podiam retornar para suas casas, mas deveriam se vincular a um Serviço Municipal de Saúde e, assim, eram vinculadas ao Centro de Referência da Mulher, local em que eu estava trabalhando. O bebê passaria a ser acompanhado pela pediatria, e a mãe era encaminhada para o serviço de psicologia. Pronto! Nosso encontro aconteceu. Em contato diário com essas mães, ouvindo suas histórias, conhecendo suas experiências, ouvindo suas angústias, tristezas, esperanças e medos, eu me questioneei: como essas

mulheres conseguem exercer a maternidade após os atravessamentos que sua maternidade sofreu com a prematuridade?

De início, houve busca por artigos, supervisões, cursos para aprofundar sobre o tema. Posteriormente, busquei uma especialização em Psicanálise, para conseguir compreender melhor as dinâmicas do psiquismo materno. E continuando o caminho, o questionamento iniciado ao olhar para as mães de bebê prematuro se tornou um objeto de pesquisa. Fez-se necessário se aprofundar mais no tema e escrever sobre aquelas experiências. Eram conteúdos muito ricos, que eu precisava compartilhar. E assim, o caminho continua sendo percorrido, agora em forma de pesquisa, compartilho toda a rica experiência que essas mães de bebês prematuros me deram a oportunidade de conhecer.

Em busca de artigos científicos com a temática da maternidade prematura, percebi que muitos textos se dedicam à experiência das mães no contexto hospitalar, e os artigos que se ocuparam da temática do retorno para a casa, em sua maioria, possuem embasamento na área da enfermagem, direcionando seu tema aos cuidados com o bebê no domicílio.

Na busca de melhor compreensão sobre as mães que frequentavam o espaço em que eu estava atuando, bem como, na tentativa de contribuir com um tema tão sensível para discussão (prematuridade), dei os primeiros passos para o nascimento da presente pesquisa, em que o objetivo é compreender a experiência da maternidade prematura, assim como investigar como se organiza a vida familiar no retorno para casa, após o período de internação que sucedeu ao nascimento.

Para contribuir com as nossas reflexões e apontamentos, neste estudo retomamos o percurso histórico da construção social do amor materno e das transformações na relação da mulher com a maternidade, e assim, buscamos refletir sobre o vínculo entre mãe e filho e sua importância no processo de subjetivação.

Nosso estudo tem, como fundamentação teórica, a Psicanálise, com leituras trazidas sobre a função materna, e a importância do vínculo com a mãe na constituição subjetiva, em especial, partindo de uma leitura da teoria de Donald W. Winnicott, em diálogo com as discussões sociológicas sobre a maternidade.

Para a construção desta pesquisa, foram entrevistadas 05 mulheres, e os critérios de inclusão no grupo pesquisado foram: ser mulher, mãe de bebês prematuros, com filhos na idade entre 07 e 09 anos, o que compreende um grupo de mulheres que já passou pelo período de internação e retorno para casa, bem como pelos primeiros anos de vida da criança. Como a ideia original desta pesquisa nasceu na prática clínica de um Serviço Público de Saúde, as mães estarem vinculadas ao sistema público municipal de saúde, de um município no interior de São Paulo, também foi um critério para participação na pesquisa.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semidirigida, que nos possibilita colher dados por meio da escuta e da observação segundo Bleger (1998). Com relação a este instrumento, temos, também, em Minayo (2004 p. 86), que as informações obtidas em uma entrevista são aquelas que fornecem “fatos; ideias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar ou comportamentos”. Bleger (1998) aponta, também, que a entrevista se caracteriza como um instrumento fundamental e faz coexistir no psicólogo as funções de investigador e profissional, já que a técnica é o ponto de interação entre a ciência e as necessidades práticas.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e foram lidas e analisadas à luz do referencial teórico da Psicanálise em interlocução com os estudos sociológicos acerca da construção social do amor materno, como também de estudos sobre prematuridade e maternidade. Para a exploração dos conteúdos expostos na entrevista, trabalhamos com o método clínico-qualitativo, utilizando da Análise de Conteúdo, a qual é descrita por Turato (2005) como uma proposta metodológica teórica e prática, que utiliza a abordagem compreensiva-interpretativa.

Para a análise dos conteúdos, foram discriminadas três categorias para a exploração, as quais se organizam entre os seguintes temas: Emoções e dificuldades face à maternidade, Redes de apoio e tornar-se mãe no retorno para a casa, Culpa, cuidado e superproteção: As repercussões da prematuridade no exercício da maternidade.

Para descrever o desenvolvimento desta pesquisa, inicialmente, a organização do texto foi estruturada em 05 (cinco) capítulos. No primeiro capítulo, *Um percurso histórico acerca da maternidade e do amor materno:*

destino ou construção social?, realizamos um resgate da história do papel da mulher, seus atravessamentos e repercussões no exercício do papel feminino e materno na atualidade.

No segundo capítulo, *Maternidade e Psicanálise: um suporte para a compreensão das nossas relações primitivas*, apresentamos uma revisão das discussões psicanalíticas que contribuem para a compreensão da relação primitiva entre mãe e bebê e suas repercussões no desenvolvimento emocional dos filhos. Neste capítulo, além de um resgate histórico referente aos estudos psicanalíticos, ainda apresentamos brevemente a teoria do amadurecimento pessoal de Donald W. Winnicott para a compreensão da relação mãe e bebê.

No terceiro capítulo, *O bebê prematuro: o descompasso entre a mãe e o bebê*, discutimos acerca da maternidade prematura, apontando dados sobre a prematuridade e as repercussões da prematuridade no exercício materno.

No quarto capítulo, denominado *A Pesquisa: o caminhar e os encontros*, apresentamos a pesquisa, o método utilizado, a organização da análise dos dados e as categorias construídas a partir dela.

No quinto capítulo, *Um olhar para a prematuridade e suas repercussões para a maternidade*, está descrita a exploração das categorias elencadas para análises das entrevistas, as quais se organizaram entre: Emoções e dificuldades face à prematuridade, Redes de apoio e tornar-se mãe no retorno para a casa, Culpa, cuidado e superproteção: as repercussões da prematuridade no exercício da maternidade.

Nas considerações finais, apresentamos as reflexões que finalizam nosso percurso de pesquisa, considerando os conteúdos explorados diante da temática prematuridade e retorno para a casa. Nesse espaço, buscamos apresentar uma breve síntese do que o caminho nos proporcionou de aprofundamento acerca da experiência da maternidade prematura e do retorno para o ambiente familiar, bem como apontamos os desafios e os limites da presente pesquisa, com a sugestão de temáticas futuras para serem exploradas.

Capítulo 1 – Um percurso histórico acerca da maternidade e do amor materno: destino ou construção social?

A maternidade tem sido objeto de diversos estudos, em especial do campo da Psicologia e da Sociologia, onde podemos observar que o papel materno tem sofrido alterações consideráveis, as quais acompanham a evolução do papel feminino em nossa sociedade. Ao nos conduzirmos ao caminho da construção do papel da mulher e da transformação da maternidade, é evidente o quanto o feminino foi atravessado pelos efeitos sociais de cada época da nossa história. Emídio (2011, p.24) aponta que, na discussão sobre a construção do papel social da mulher, é possível notar, claramente, o quão atrelada sua identidade esteve à condição da maternidade. “Ser mulher foi (se é que não continua sendo na perspectiva de uma ampla camada da população) intrinsecamente ligado a ser mãe”, observa a autora.

Badinter (1985) descreve que a mãe, no sentido habitual da palavra (isto é, a mulher casada que tem filhos legítimos), é uma personagem relativa e tridimensional. Relativa, afirma a referida autora, porque ela só se concebe em relação ao pai e ao filho, e tridimensional porque, além dessa dupla relação, a mãe é também uma mulher, ou seja, é um ser específico, dotado de aspirações próprias, que frequentemente nada têm a ver com as do esposo ou com os desejos do filho. Sendo assim, Badinter (1985) nos faz refletir no sentido de que toda pesquisa sobre os comportamentos maternos deve levar em conta essas diferentes variáveis.

Partindo desse princípio e para percorrer o caminho histórico, temos em Emídio (2011) que a maioria dos relatos sobre o surgimento do sentimento e do conceito de maternidade são datados a partir de 1762, na Europa, com a obra Emílio, de Rousseau, que trazia uma espécie de convocação das mulheres ao exercício da maternidade. A autora descreve que é possível perceber que o discurso preponderante no citado Emílio fazia parte de um conjunto de estratégias para a manutenção da vida, da sobrevivência, uma vez que, a partir do momento em que as mães dedicassem mais atenção e cuidado aos seus filhos, eles poderiam sobreviver, superando os altos índices de mortalidade da época. Assim, podemos considerar que essa obra foi, de certo modo,

direcionadora dos percursos que o papel feminino e a maternidade iriam sofrer nos séculos seguintes.

Kehl (2016), ao retomar as discussões da obra de Rousseau, reconhece que o filósofo se alonga na perfeita educação para seu personagem Emílio, do berço ao casamento, com descrição da esposa adequada para seu herói, que se transformou em um homem feito. A autora reconhece que o texto de Rousseau, atual por sua enorme habilidade argumentativa, descreve com clareza os fundamentos do modelo de feminilidade que dominou a Europa, sobretudo nos países católicos, durante o século seguinte. E afirma, ainda, que o modelo de Rousseau é tão perfeitamente articulado que escutamos até hoje suas ressonâncias, pois no século XIX, Rousseau denominou, com uma série de variações mais ou menos científicas e/ou pedagógicas (aquele foi o século da medicina e da pedagogia), toda a produção de saberes sobre as mulheres.

Nesse sentido, percorrendo esse caminho histórico, podemos perceber como essas ideias foram circulando e atravessando a vida das mulheres e suas experiências de maternidade, as quais ainda repercutem na atualidade. Nessa construção, temos em Emídio (2011) que, com a chegada da Renascença (séculos XV e XVI), época em que ocorreram mudanças no paradigma de infância, maternidade e vínculos, os pais foram levados aos novos sentimentos em relação à mãe e ao amor materno, dando o impulso inicial para a fundação da família moderna, baseada nesse sentimento e caracterizada pela intimidade e pelo amor entre seus membros.

Sendo assim, reconhecendo as origens da função e do papel materno e trazendo esse resgate a nossa história, Iaconelli (2012) destaca que, durante o período do Brasil Colônia, a maternidade se apresentava como lugar de escape para o jogo social destinado à mulher. A autora descreve que não era um lugar de prestígio, mas sim um lugar de dever cumprido, exclusivamente feminino, que ofertava certo poder na figura de mãe, e de comadre, parteira e ama de leite. Com relação a esse período, temos, ainda em Emídio (2011), a descrição de que, no Brasil Colônia, as mulheres de famílias mais abastadas ocupavam essa posição, eram criadas para casar e terem filhos e a única finalidade do casamento era a procriação. “Casava-se por acordos familiares de interesses mútuos e a função do casamento era gerar grandes famílias, em que a mulher era responsável por toda a organização”. (EMÍDIO, 2011, p. 60).

Costa (1979) aponta que, durante todo o período Colonial, os casamentos faziam-se sob a égide das razões ou dos interesses familiares. Pais, tutores ou outros responsáveis decidiam que alianças seriam contraídas pelos filhos ou tutelados, considerando apenas os benefícios econômicos e sociais do grupo familiar.

Para além do contexto do Brasil Colônia, Kehl (2016) descreve que a cultura europeia dos séculos XVIII e XIX produziu uma quantidade inédita de discursos cujo sentido geral foi promover uma perfeita adequação entre as mulheres e o conjunto de atributos, funções, predicados e restrições denominado feminilidade.

Kehl (2016), descrevendo sobre Elizabeth Badinter, reconhece que, em sua história da invenção ou reinvenção do instinto maternal no século XIX, revela que as crianças nascidas nas principais cidades europeias no século das luzes tiveram as maiores taxas de abandono e de conflito entre as mulheres urbanas e as configurações familiares tradicionais. Kehl (2016) completa que, seja porque as mães pobres precisavam trabalhar e a industrialização incipiente criava postos de trabalho longe de casa, seja porque as aristocratas sentiam-se atraídas pela agitação da vida urbana, pelos ideais de esclarecimento possibilitados pelo Iluminismo, pelas ideias de emancipação que surgiram com a Revolução, o fato é que os filhos, no século XVIII, eram considerados um estorvo à saúde, à liberdade e à beleza das mães.

Segundo Badinter (1985), burguesas e aristocratas do século das Luzes consideravam os cuidados da casa, sobretudo a criação dos filhos, tarefas degradantes, e o poder de delegá-las à criadagem era signo de distinção. As precursoras da mulher oitocentista - preciosas, intelectuais e galantes do século XVIII - pouca coisa puderam mudar em face dos poderosos argumentos de que o lugar da mulher é determinado por sua natureza.

Badinter (1985) nos conta que, raramente, as mães pediam notícias do filho durante o período em que estavam por conta das amas-que podia durar até os quatro, cinco anos de idade. A morte dessas crianças era fato corriqueiro: até um ano de idade, no Antigo Regime, a taxa de mortalidade infantil ficou sempre acima dos 25%. As mães, raramente, tinham notícias da perda dos filhos, até que chegasse o dia de buscá-los na casa das amas, quando podiam ser informadas de mortes acontecidas dois ou três anos antes. Quanto às crianças

que voltavam para casa, seu estado de saúde e educação era tão lamentáveis que é difícil imaginar que despertassem qualquer tipo de ternura nas mães. Nas famílias burguesas, com frequência, continuavam sob o cuidado das empregadas da casa, sendo levados a uma “visita” aos aposentos dos pais uma ou duas vezes por dia ou, excepcionalmente, quando se tratava de apresentá-los às visitas.

Kehl (2016) descreve que, no ensaio de Peter Gay, a *Philosophie des Rechts* (Filosofia do Direito) de Hegel, é lembrado um trecho em que o filósofo fundamenta a divisão rigorosa de papéis de acordo com uma racionalidade desejável, em que caberia ao homem administrar o que hoje chamaríamos as pulsões de morte (“a luta, a inimizade, o ódio”) e à mulher, as pulsões de vida (“o amor, a harmonia familiar”).

O círculo apropriado à mulher é a família e, na vida privada, a mulher reina sobre a família. Ao conceder uma respeitabilidade ao espaço doméstico, sobre os quais mulheres deveriam reinar, Hegel reconheceu um estatuto de sujeito às mulheres “do lar”; mas, por outro lado, excluiu-as de qualquer participação na construção das civilizações. A enorme produção teórica entre os séculos XVIII e XIX, destinada a fixar a mulher no lugar ao qual sua verdadeira natureza a destinou, faz-nos desconfiar da “naturalidade” desse lugar. (KEHL, 2016)

Costa (1979) aponta que, além da vinculação do papel da mulher na sociedade ser ligado à maternidade, ele também é atravessado pela relação com a conjugalidade, o matrimônio que, inicialmente, era compatível com a ética religiosa e social. Os casamentos, inicialmente, eram ligados à moral religiosa, devendo toda mulher encontrar um parceiro a quem deveria servir devotamente. Nesse sentido, o matrimônio, afetado pelos papéis feminino e masculino de cada época, iniciou uma nova representação com as transformações sociais vividas nos séculos XVIII e XIX, ao ser vinculado com o papel romântico do amor. Os parceiros passavam a ser buscados e escolhidos permeados pela ideia do enamoramento e do amor. Porém, Costa (1979) aponta que, quando o sentimento foi utilizado como base dos casamentos, iniciou-se uma importante tarefa higiênica: a criação e a regulação dos novos papéis sociais do homem e da mulher no casamento, e o autor afirma que o amor permitiu à higiene realizar a sua manobra mais ambiciosa e, talvez, mais bem-sucedida junto à família:

converter quase completamente a figura sentimental do homem no personagem do pai; e da mulher, no personagem da mãe.

A reformulação da vida do casal deu-se a partir da nova conceituação imposta ao homem e à mulher pela higiene. O amor foi duplamente utilizado nesta manobra. A partir do modo como homens e mulheres reagiam ao amor e seus derivativos, como os sentimentos em geral, a medicina fixou as características supostamente típicas de cada sexo e apresentou-as como imperativos da natureza. O amor servia aqui de traço de separação entre o homem e a mulher. Funcionava como referência para a construção dos modelos de conduta social masculina e feminina. (COSTA, 1979, p.216)

Há, então, a inserção de uma normativa médica, de uma racionalidade científica na vida familiar, mas uma racionalidade envolta pela ideia de amor que sustentou a produção desses modelos que se adequavam aos modos de vida que se configuravam na sociedade moderna.

No casamento produtivo, as diferenças harmonizavam-se, porque homens e mulheres perseguiram um ideal superior, capaz de uni-los não obstante as divergências. Mais que isso, este ideal precisava justamente dessa diversidade para ser levado a termo. A educação dos filhos começou, dessa forma, a surgir como uma nova maneira de amar. O cuidado das crianças não era mais uma obrigação, mas um ato espontâneo de amor. Amor paterno e materno eram denominadores comuns entre homens e mulheres. Só esse modo de amar conciliava o inconciliável. (COSTA, 1979).

Birman (2007), descrevendo o ensaio de 1908, de Freud, intitulado “A moral sexual ‘civilizada’ e a doença nervosa dos tempos modernos”, afirma que Freud realizou uma brilhante genealogia da civilidade ocidental e sua inflexão decisiva na modernidade, destacando os efeitos catastróficos produzidos nas individualidades pelo imperativo então instituído da moral monogâmica (Freud, 1908). Birman (2007) nos afirma que é necessário diferenciar devidamente as estruturas da família na modernidade e na atualidade, para que as linhas de força e as valências presentes na construção subjetiva possam ser bem evidenciadas.

Para compreender esse novo papel feminino, Costa (1979) descreve que essa reciclagem na função feminina na família operou-se em dois tempos: no primeiro, a higiene, acompanhando a urbanização, retirou a mulher do confinamento doméstico, liberando-a para o convívio social e para o consumo comercial; no segundo tempo, reforçando a estatização dos indivíduos, a higiene

procurou reintroduzir a mulher na família, devidamente convertida ao amor filial e ao consumo de serviços médicos. A mãe higiênica nasceu, portanto, de um duplo movimento histórico: por um lado, emancipação feminina do poder patriarcal; por outro lado, colonização da mulher pelo poder médico.

Birman (2017) destaca que a família moderna se iniciou na passagem do século XVIII para o século XIX, identificando-se assim com o incremento do poder social assumido pela burguesia na tradição ocidental. Daí por que essa configuração de família foi denominada seja nuclear, seja burguesa, indicando então com isso a sua ruptura com a família pré-moderna.

A figura da mulher seria aqui um mero apêndice nesta estrutura, corpo que se presta para a mera reprodução da prole, não obstante certos avanços face à mulher realizados pelo Cristianismo. Ao longo do século XVIII, algumas transformações importantes começaram a se evidenciar, no sentido da constituição de espaços de privacidade no campo da família. Assim, os pais começaram a possuir um espaço privado no interior da casa, no qual a intimidade seria preservada. Os filhos, que viviam anteriormente numa mistura promíscua com os pais, passam a ter também um quarto privado. (Birman, 2017, p.49).

Badinter (1985) acrescenta que as transformações na mentalidade só foram possíveis graças a três formas do discurso: um discurso econômico dirigido apenas aos homens esclarecidos, um discurso filosófico comum aos dois sexos, e um discurso dos intermediários. Arteiro (2017) reconhece que o primeiro discurso apresentava a criança como valor mercantil, que passava a ser considerada potencialmente uma riqueza econômica. A autora continua afirmando que o segundo discurso visava trazer à tona conhecimentos, com vistas a produzir um convencimento nas mulheres a respeito de sua própria essência. As promessas de felicidade e de realização derivadas do sentimento materno fizeram com que as mulheres acreditassem que o lar era o local autêntico e verdadeiro no qual elas deviam permanecer. Tal mudança parece ter sido fruto de uma compreensão de que a saúde e a sobrevivência dos filhos eram encargos que não poderiam ser delegados a outrem. Essa concepção de responsabilização, educação e formação intelectual ilustra o terceiro discurso de Badinter (1985): o *discurso intermediário*. (ARTEIRO, 2017).

Nesse cenário, podemos identificar que a maternidade, muito discutida em nossa sociedade, atravessa as fantasias sociais acerca de uma devoção

feminina, e ainda a correlação da realização plena do papel da mulher, somente com o exercício da maternidade. Quando fazemos esse resgate da construção desse papel, identificamos as alterações presentes na função materna, geralmente atravessadas por imposições sociais e/ou ordens médicas, com base masculina. Partindo dos dados históricos, Badinter (1985) baseia sua refutação na ideia de um instinto materno humano, e na demonstração de que a relação das mães (e, obviamente, a comunidade como um todo) com o recém-nascido, era no mínimo, negligente e, mesmo assim, levou séculos para mudar.

Birman (2017) descreve que este conjunto de transformações convergiu para a constituição da família nuclear, na qual se inseriam agora tão somente as figuras dos pais e dos filhos, onde a figura do pai foi permanentemente evocada e aludida pela figura da mãe, quando a criança ultrapassava os limites esperados e a possibilidade do castigo se fazia presente. O autor explica que seria o pai o agente da punição face à falta da criança, evocada que era permanentemente pela mãe nas situações de transgressão. Neste contexto, Birman (2017) afirma que a figura da mulher foi reduzida à condição de mãe, de forma que a gestão do espaço privado da família ficou inteira ao seu encargo, onde estava aqui incluída não apenas a administração doméstica da casa, mas também a gestão da saúde e da educação das crianças, relacionando a figura da mulher-mãe ao espaço privado da família e das bordas dela, nas suas articulações.

Ao olharmos a construção do papel materno, devemos nos atentar ao papel exercido pelos filhos nesta construção, em que ambos se aproximaram de suas funções atuais a partir das mudanças de papéis, que ocorreram gradativamente em nossa sociedade. Quando a criança foi olhada em sua particularidade? Quando esta criança se tornou filho, recebeu investimento paterno e fez parte de uma família? Birman (2017), citando Ariès (1960), informa que aquilo o qual denominamos infância e adolescência foi uma invenção marcante do Ocidente, que ocorreu apenas na passagem do século XVIII para o século XIX.

Ariès (1960) destaca que, até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la, e até o final do século XIII, não existem crianças caracterizadas por uma expressão particular, e sim homens de tamanho reduzido. Ariès (1960) descreve que, somente por volta do século XII, surgiram alguns tipos de crianças um pouco mais próximos do

sentimento moderno. No início, a representação infantil surgiu como um anjo, representado sob a aparência de um rapaz muito jovem. O segundo tipo de criança seria o modelo e o ancestral de todas as crianças pequenas da história: o Menino Jesus, ou Nossa Senhora menina, pois a infância aqui se ligava ao mistério da maternidade da Virgem e ao culto de Maria. Um terceiro tipo de criança apareceu na fase gótica: a criança nua. (ARIÈS,1960).

Assim, como a criança começou a ter uma nova identidade social, constituída a partir de um novo olhar para a criança burguesa, e somente partir do momento em que a vida da criança de elite passou a ter importância econômica política, que lhe foi dada no século XIX, a relação mulher-maternidade e amamentação foi se constituindo, e o aleitamento materno veio a ter essa conotação, ganhando foro de problema nacional. Para Ariès (1960), no culto à maternidade do século XIX, o lugar da mãe cresceu na sociedade concomitante ao da criança, justamente no período de expansão do controle da natalidade.

Becker (2020) aponta que, ao existir uma preocupação com a primeira etapa da vida da criança, quando a própria mãe se torna a responsável pelo período do aleitamento (não há mais o envio dos recém-nascidos para as amas de leite), o abandono do aleitamento materno é visto como uma condenação moral, já que a recusa em aleitar é considerada uma injustiça cometida contra os filhos.

A culpabilização da mulher foi uma faceta importante em sua relação com a higiene. É provável que a mulher de elite estivesse tendo, pela primeira vez, conhecimento de que não sabia cuidar dos filhos. Até então nada podia certificá-la de que amor de mãe fosse sinônimo de amamentação. Nem, inversamente, de que não amamentar significasse desamor pela prole. Ao contrário, pelas razões históricas referidas, este último gesto poderia ter tido justamente o sentido de cuidar bem dos filhos, conforme preceitos da época. Os higienistas utilizavam este desconhecimento ou esta ignorância para obrigar as mulheres a amamentarem. Sem amamentação, diziam eles, não havia amor. A mãe que não amamentava era uma mãe desnaturada, comparável às feras. A mãe deveria compulsoriamente amamentar porque essa tarefa, além de proteger a vida dos filhos, regulava a vida da mulher. (COSTA, p. 234 1979).

Birman (2017), ao relatar sobre a biopolítica, descreve que, do nascimento à morte, as diferentes idades da vida passaram a ser objeto da vigilância

biopolítica, submetidas à quantificação estatística. O autor nos aponta que, se a promoção da saúde era fundamental, a mulher-mãe deveria ser saudável, sendo condensada nela a figura da mãe-higiênica.

Para constituir uma prole saudável exames pré-nupciais foram progressivamente instituídos, para impedir desta maneira a conjunção de anomalias com o futuro marido. Ao lado disso, as enfermidades genitais femininas deveriam ser devidamente controladas, assim como a gestação e o parto, em nome da qualidade de vida da prole. Daí o porquê a ginecologia e a obstetrícia tenham sido constituídas neste contexto histórico. (BIRMAN, 2017, p.51).

Becker (2020) aponta que, seguindo essa trajetória, no século XX, a mãe é a grande responsável pela felicidade de seu filho e, sob a forte influência da psicanálise, reforçou-se a tendência a responsabilizar as mães pelas dificuldades e pelos problemas de seus filhos. Para Badinter (1985), a mãe do século XVIII era auxiliar dos médicos; no século XIX, cooperadora dos religiosos e dos professores e, no século XX, assumiu a responsabilidade de zelar do inconsciente e da saúde emocional dos filhos.

Nesse sentido, pode-se compreender, por meio das descobertas de Freud (1911/1996; 1912/1996) sobre o inconsciente e suas bases constitutivas, de Spitz (1979/2013) sobre o abandono afetivo e a necessidade de intimidade e estimulação e de Bowlby (1967/2015; 1976/2015) sobre o apego e a importância do vínculo amoroso, que a criança surge como reflexo dos adultos. (BOCK, 2020).

Arteiro (217) ilustra que, no século XIX, passou a vigorar, fortemente, um discurso de exaltação dos papéis maternos e domésticos, garantindo às mães o reconhecimento social por meio do exercício de tal função. Por trás desse discurso, estava a preocupação com a ética e a moral dos sujeitos sociais. Os discursos religiosos, moralistas e médicos uniram forças na intenção de preconizar a ideia de que o casamento e a maternidade eram os únicos meios para o acesso à felicidade.

Badinter (1985) afirma que toda uma concepção do que devem ser as mulheres, que vai dominar quase integralmente o pensamento e a moral do século XIX, começa a se esboçar já no período revolucionário, como reação à desordem provocada pelas primeiras manifestações de rebeldia das mulheres.

Já no século XXI, o conflito entre a mulher e a mãe torna-se ainda mais visível, já que a mulher passa a investir em sua carreira profissional e ganha cada vez mais espaço no mercado de trabalho (BADINTER, 2011). Os papéis sociais passam a ser vários: mulher, profissional, mãe, e assim, as ambivalências da maternidade também são mais percebidas. Por exemplo, mulheres que são mães e profissionais possuem sentimento de culpa pela vivência da dupla jornada: trabalho e presença no lar para os cuidados com os filhos (ARTEIRO, 2020).

Esse novo cenário, onde a mulher desponta para além da função mãe, esposa e do lar, ilustra um avanço histórico com relação às suas funções. Entretanto, repensando os dados atuais, seria possível esse rompimento?

1.1 O despontar da mulher para além da maternidade: qual o primeiro passo?

Durante a trajetória do papel feminino, que caminhou lado a lado com o desenvolvimento da função materna, intrinsecamente ligado por um constructo histórico burguês e afetado pela biopolítica, há marcos que possibilitaram avanços na busca da particularidade e do empoderamento do feminino. Dentre esses marcos, Birman (2017) destaca que o século XX trouxe um período de grandes transformações, e o movimento feminista foi um desencadeador, à medida que as mulheres passaram a pleitear uma outra posição social em outro lugar, pois demandavam a igualdade das condições com os homens.

Arteiro (2017) nos descreve que os últimos trinta anos foram marcados por uma revolução silenciosa em relação ao tema da maternidade, e afirma que, antes dos anos 70, uma criança era o destino de todo casal que resolvesse constituir uma família.

A autora aponta que os anos 60 inauguraram um novo ciclo em relação à mulher. Publicações, artigos e os próprios consultórios médicos começaram a denunciar a insatisfação da vida monótona das mulheres e a divisão não igualitária dos papéis sexuais, passando a criar paradigmas da sociedade patriarcal. (ARTEIRO, 2017)

A demonstração da capacidade intelectual, laboral e política das mulheres, a liberdade sexual, transformações dos princípios jurídicos de gêneros, entre outros aspectos, colocaram a mulher em uma nova posição social, concomitante a isso, a mulher passa a contar com os métodos contraceptivos que a tornaram capaz de controlar e decidir em que momento e quantos filhos deveria ter, caso desejasse, inaugurando assim, uma nova relação da mulher com a maternidade, e da função feminina, que a partir das revoluções feministas romperam com os muros das casas, e conseguiram acessos a vida social, ao trabalho, ao papel além da maternidade. (ARTEIRO, 2017, p. 65)

Com relação a esse contexto histórico, temos em Birman (2017) que o movimento feminista teve a sua condição concreta de possibilidade, na invenção de procedimentos anticoncepcionais seguros, isso porque, desde então esses procedimentos foram se multiplicando e se aprimorando do ponto de vista técnico, de forma que a reprodução sexual pudesse ser bem controlada, pelas mulheres e pelos homens.

A partir da invenção de meios anticoncepcionais seguros e múltiplos, as mulheres puderam separar finalmente os registros do desejo e da reprodução biológica, podendo então definir quando ter filhos e quantos filhos queriam ter. Com isso, a liberdade feminina se instituiu em larga escala, podendo ser mulher e mãe ao mesmo tempo, pois não estavam mais assujeitadas ao determinismo dos ciclos hormonais que sempre aprisionaram os seus corpos (BIRMAN, 2017).

Arteiro (2017) avalia que a segunda metade do século XX foi caracterizada por Knibbieler (apud, Badinter, 2011) como a “era da maternidade escolhida”. Sendo assim, destaca que as consequências, desde que as mulheres puderam controlar a fecundidade e a reprodução, principalmente nos países desenvolvidos, foram os seguintes: declínio nas taxas de natalidade, elevação da idade média da maternidade, aumento das mulheres no mercado de trabalho e a diversificação no modo de vida feminino

Arteiro (2017) completa, ainda, que o trabalho e a independência financeira foram, sem dúvidas, os passos mais consistentes para a conquista da emancipação feminina, e assim, o anseio pelo crescimento profissional e a continuidade do trabalho, mesmo após o casamento e chegada dos filhos, foram sinais das primeiras transformações.

Nesse contexto, para além do cuidado com a saúde do bebê e com a condição de que a mulher poderia se ausentar de sua função materna, Arteiro (2017) destaca que a mulher ganhou uma nova aliada: a mamadeira. A indústria

de leite infantil captou a necessidade feminina de regressar ao trabalho após o nascimento do filho, criando estratégias e discursos favoráveis às fórmulas que perduram por muito tempo. Em conjunto com todo este movimento, houve repercussões diretas na constituição familiar, isso porque a mulher estreou novas funções, para além da maternidade e de dona do lar.

Arteiro (2017) nos aponta que as transformações sociais na imagem feminina não podem vir dissociadas da projeção do capitalismo, tanto na criação de bens de consumo, como na comercialização e no usufruto dos bens. Além da Revolução Industrial, a expansão do setor terciário foi um fator determinante para a entrada e a permanência da mulher no mercado de trabalho, uma vez que foram oferecidas atividades mais adaptadas às mulheres à época, tais como as profissões de escritório, de comércio, de saúde e de educação. O crescimento do capitalismo, especialmente a partir da segunda metade do século XX, contribuiu para a exacerbação das características da sociedade do consumo, quando buscas por ideias de felicidade, de liberdade e de bem-estar, permeados pelo caráter individualista e narcisista dos sujeitos dessa época, tornaram-se a ordem do dia. (ARTEIRO, 2017).

Nesse contexto, o direito das mulheres ao divórcio apresentou-se também como um ponto importante nesse processo de transformações que teve seus impactos na vida familiar, que passou a se apresentar em diferentes arranjos e configurações. Birman (2017) aponta que, assim, constituiu-se uma outra configuração da ordem familiar, bastante diferente da família nuclear moderna, em que passou a se tornar comum que cada um dos parceiros tivesse já uma prole anterior e que essas proles fossem conjugadas na nova cena conjugal, independentemente de a nova relação possibilitar outros filhos; conseqüentemente, as crianças passaram a se inscrever em dois cenários familiares, o que foi constituído por cada uma das figuras parentais.

Iaconelli (2021) afirma que, se nos anos 60-e até muito recentemente- a balança da parentalidade pesava fortemente para o lado do laço mãe-bebê, os anos 2000 viram surgir questões sobre gênero, racialidade, vulnerabilidade social e cultural impossíveis de ignorar, porque, até então, a relação entre a mãe e seu bebê (preferencialmente biológico), cujos estudos foram fundamentais para entender a constituição do sujeito, e, ainda, serviam de paradigma da parentalidade. A autora ilustra, também, que há um equívoco que se diz a

respeito a uma suposição de que a parentalidade se resume à relação entre a mulher/mãe e seu bebê, hipervalorizada desde o século XVIII.

Becker (2020) aponta que, já no século XXI, o conflito entre a mulher e a mãe torna-se ainda mais visível, já que a mulher passa a investir em sua carreira profissional e ganha cada vez mais espaço no mercado de trabalho. Os papéis sociais passam a ser vários: mulher, profissional, mãe, e as ambivalências da maternidade também são mais percebidas assim.

Kehl (2016) nos aponta que não pretende afirmar que a modernidade foi o primeiro e o único período da história em que a relação entre as mulheres e a feminilidade se desestabilizou. Ao contrário, Kehl (2016) descreve que essas estruturas vêm sendo constantemente construídas e abaladas, reconstruídas e novamente desestabilizadas ao longo da história.

Entretanto, apesar do desenvolvimento histórico e da defesa das mulheres em ampliar os papéis a serem exercidos no contexto social, Arteiro (2017) descreve que, na percepção de Neder (2016), “o código doméstico da família patriarcal continua muito vivo nas ruas e nas teorias e atitudes de profissionais, empenhados em alojar a paternidade no trabalho e a mãe com os filhos”, concluindo assim que, apesar das transformações sociais no que tange às divisões de papéis ditos “feminino e masculino”, a predominância dos papéis de cuidado relativos à mãe continua presente no inconsciente coletivo.

Nesse contexto, é importante pensarmos, a partir desse caminho histórico sobre o lugar da maternidade em nossa sociedade, as dicotomias e irregularidades que envolvem esse percurso do feminino e da maternidade. No cenário atual, encontramos a mulher envolvida em diversas e importantes funções sociais, em busca de um equilíbrio que, muitas vezes, traz sobrecarga e sofrimento psíquico para elas.

Sendo assim, é importante compreender de qual mulher, de qual mãe falamos ao desenvolvermos uma pesquisa sobre a maternidade, de forma a circunscrever o cenário em que essas mulheres/mães estão inseridas, de forma a abrir a nossa escuta para o processo gradual de transformação de seu papel social e para as pluralidades que envolvem os percursos femininos e sua vinculação com a maternidade.

Após feito esse caminhar pela história da maternidade, apresentaremos as discussões empreendidas pela Psicanálise sobre a função da mãe no

processo de subjetivação, buscando construir uma compreensão acerca da importância das nossas relações iniciais na constituição psíquica e, posteriormente, será destacado o olhar psicanalítico diante da maternidade prematura.

Capítulo 2 - Maternidade e Psicanálise: um suporte para a compreensão das nossas relações primitivas.

A psicanálise, iniciada pelos estudos freudianos no final do século XIX, revelou os nossos processos inconscientes, os quais constituem nosso aparelho psíquico. A partir desses estudos iniciais, outros psicanalistas foram contribuindo com o desenvolvimento da psicanálise, e temos, nos estudos psicanalíticos, discussões e reflexões que muito contribuem para a compreensão da função materna e da relação mãe-bebê.

Arteiro (2017) aponta que a psicanálise não deixou de fazer eco ao discurso maternalista que teve ascensão no século XVIII e só veio a ser questionado do século XX, especialmente pela corrente feminista. Apesar de Freud não ter desenvolvido uma teoria sobre a díade mãe-bebê, ele propôs um discurso sobre o feminino que levou em conta a importância do lugar materno na vida da mulher.

Birman (2017) afirma que a ruptura entre as figuras da mãe e da mulher, destacada por Freud na leitura do imaginário infantil, seria então resultante do processo histórico e biopolítico, no qual a figura da mulher foi reduzida à figura da mãe, com todos os desdobramentos que isso evidentemente implica. O autor reflete, ainda, que podemos reconhecer assim como um conjunto de enunciados fundamentais do discurso freudiano se inscreveu no horizonte histórico delineado pelo biopoder, que configurou uma modalidade específica de família, de laços conjugais e de laços entre pais e filhos, que foram cruciais para a constituição de certas formas de subjetivação na modernidade.

Kehl (2016) descreve que, no século XX, o século da psicanálise, em janeiro de 1911, uma discípula de Freud, Margarete Hilferding, pronunciou uma curta conferência diante do Círculo Psicanalítico de Viena, na qual desmitificou a pureza, e a “naturalidade” do amor materno. Para Hilferding, o bebê tem de se constituir, sim, como um objeto sexual para a mãe, de modo a ter garantida a posição privilegiada de filho amado que nos parece inevitável e “instintiva” entre humanos e entre os animais, e ainda, nessa mesma conferência, disse, também, que a constituição desse objeto não é garantida pelos meros laços sanguíneos, aponta-nos Kehl (2016).

Temos um norte no sentido da compreensão das nossas relações mais primitivas na psicanálise, reconhecendo, certamente, que a psicanálise foi influenciada e afetada pelos contextos sociais nos quais surgiram os seus primeiros estudos. Sendo assim, o papel da mulher estava vinculado ao exercício do cuidado e das responsabilidades da saúde dos filhos, assim como era defendido pela biopolítica do final do século XX.

Para Iaconelli (2021), o modelo estrutural edípico – lido equivocadamente na chave imaginária pai-mãe-bebê reais acabou por cancelar a família burguesa enquanto estrutura que garantia a saúde mental da prole. Se a psicanálise foi usada como munição para um modelo claramente ideológico de parentalidade, isso se deve a uma combinação complexa de condições oferecidas pelo capitalismo, pela necessidade de reproduzir normas sociais hegemônicas, mas também pela ferida narcísica que o romance familiar busca tamponar do mito parental.

Deste modo, ao adentrarmos nas discussões da Psicanálise sobre a mulher e a mãe, é importante compreendermos o longo processo de transformação que delineamos no primeiro capítulo, e como colocamos anteriormente, para que possamos fazer uma leitura que considere o contexto no qual falamos da experiência da maternidade e como os imperativos sociais e os modos de vida que se organizam a cada tempo influenciam diretamente nessa experiência e na relação estabelecida com o bebê, o filho.

Pitliuk (2021) descreve que todos nós sabemos que um recém-nascido precisa de um cuidador e, no que se refere ao psiquismo, todos os psicanalistas, sem exceção, concordam que a presença e o trabalho do outro ser humano são fundamentais para a constituição psíquica das pessoas.

A autora considera que, a partir da teoria de Donald W. Winnicott, psicanalista inglês, houve uma complementação acerca do nosso modo de pensar a criação de bebês e de crianças: a consideração de que *a vida psíquica começa em uma relação*. Pitliuk (2021) descreve que não é que primeiro haja um adulto e um bebê, e depois uma relação entre eles, não se trata de o bebê nascer isolado e ter que se conectar com o entorno, como se pensava antes, a relação vem em primeiro lugar, e é dela que emergirá o sujeito humano.

Donald W. Winnicott conviveu em um contexto social, cultural e político, em um centro estratégico europeu, envolvido em duas guerras mundiais, os

quais foram elementos de muito peso, e neste universo começou a investigar o psiquismo infantil, não a partir da escuta dos adultos, como se deu com Freud, mas na relação direta com as crianças e seus pais. (PITLIUK, 2021)

Deste modo, neste trabalho, faremos um recorte específico pela teoria de Winnicott sobre a relação mãe-bebê e o processo de constituição psíquica, de forma a contribuir com nossa discussão sobre a maternidade e a prematuridade.

2.1 A maternidade para Winnicott: *todo homem precisa de uma mãe*

Winnicott, por meio de sua teoria, apresenta que a qualidade dos cuidados maternos no início da vida é a responsável pela saúde mental do indivíduo, e destaca que são nos estágios iniciais que a base da saúde mental é estabelecida, e isto envolve os processos de maturação, que são herdados e as condições ambientais necessárias para que os processos de maturação se realizem.

Com relação à obra e ao pensamento winnicottiano, Dias (2021) aponta que devemos sempre levar em conta a evolução histórica de seu pensamento, podendo distinguir três fases na sua obra: a que vai de 1940 até a publicação, em 1953, do artigo semanal sobre os objetos transicionais; a fase da década de 1950, em que a decisão de desenvolver sua própria perspectiva teórica fica mais explícita; e finalmente, a fase que começa na década de 1960, sobretudo com a publicação do artigo de 1962. “A integração do ego no desenvolvimento da criança” (1962i/1983), no qual ele introduz os conceitos centrais de tendência, inata ao amadurecimento e de objeto subjetivo.

Para compreendermos o processo de amadurecimento, o conceito de ambiente para Winnicott é fundamental. Para Winnicott (1964), o ambiente é o facilitador para que os processos de amadurecimento do indivíduo se concretizem. No início, o ambiente é reconhecido nas figuras parentais, em especial, é a mãe quem representa este ambiente facilitador por meio das primeiras experiências de cuidado vividas no vínculo mãe - bebê. No que se refere à figura paterna no processo de amadurecimento, Winnicott relata que o pai deverá dar condições para que a dupla mãe-bebê possa acontecer em sintonia, sendo esta também uma função de um ambiente que oferece as condições para os processos de maturação.

Abram (2010) ilustra que, para Donald Winnicott, a maneira como a mãe se comporta e se sente em relação ao seu filho exercerá uma grande influência sobre a saúde do bebê - particularmente durante a gravidez e logo após o nascimento - pelo resto da vida. No texto “O conceito de indivíduo saudável” (1967), Winnicott esclarece melhor suas ideias a respeito da saúde: ele abarca virtualmente toda sua teoria do desenvolvimento emocional - a relação precoce mãe x bebê, a trama psicossomática, o verdadeiro e falso SELF, a cultura, a importância de “se sentir real”. (ABRAM, 2010)

Considerando este processo de amadurecimento apresentado por Winnicott diante dos cuidados ambientais, Kehl (2019, p.12) descreve que a ousadia muito atual de Donald Winnicott consiste na ajuda que oferece às mães para que confiem nas pequenas singularidades. Nada de gozar com a sensação onipotente de ser *tudo* para seu amado filhote. Ao atentar para o surgimento dos mínimos potenciais adaptativos do bebê, a mãe o ajuda a desenvolvê-los- “de acordo com o que ele tem a oferecer no momento e com a fase do desenvolvimento em que se encontra”. Isto porque podemos reconhecer na obra winnicottiana que o bebê possui um potencial inato ao desenvolvimento, que será facilitado pelo ambiente; sendo assim, a mãe irá atuar como um suporte para que o bebê desenvolva este potencial.

Esteves (2017) esclarece que, de acordo com Winnicott (2006), a base para todas as teorias sobre o desenvolvimento humano é a continuidade, a qual tem início antes do nascimento propriamente dito do bebê. Para que o potencial herdado seja desenvolvido em continuidade com a linha da vida, a presença de um ambiente facilitador é fundamental. Winnicott (1983) referiu que, inicialmente, o bebê ainda não estabeleceu uma divisão daquilo que ele denominou como não-EU e EU, não havendo, assim, um vínculo entre psique e corpo. Assim, este processo de reconhecimento do não EU e EU irá se constituindo a partir das experiências, em que, inicialmente, a qualidade desta experiência é ofertada pela mãe, na dupla mãe e bebê.

Vieira (2010) coloca que Winnicott parte da ideia de que, para o sujeito desenvolver seu potencial, é necessário um processo no qual ele se constitua e, para isso, algumas condições precisam ser garantidas. Para que o sujeito possa chegar à condição do “eu sou”, é necessário que antes ele passe pela experiência de ser por garantia de outro ser humano, a relação com o outro é

primordial na constituição subjetiva, reconhecido na figura da mãe, como provedora dos cuidados ambientais.

Winnicott (1966) descreve que o período de nove meses de gestação é bastante útil, pois ocorre uma mudança gradual na mulher, que troca um tipo de egoísmo por outro, e o autor afirma que, quando o bebê está pronto para o nascimento, a mãe - se amparada de forma adequada por seu companheiro, pelo Estado de bem-estar social ou por ambos - está preparada para essa experiência em que ela sabe extremamente bem quais as necessidades do bebê.

A partir da teoria de Winnicott, temos a compreensão de que, desde o absoluto início, a necessidade fundamental do ser humano consiste em ser e em continuar a ser. Para o indivíduo, não é só necessário chegar no começo, de modo a dar-se o engate da vida, como também tem que se manter vivo pela vida afora.

Diante disto, para que o bebê possa garantir o seu processo de vir a ser, ele irá necessitar dos cuidados de um outro ser humano, que possa permitir e garantir o amadurecimento. Sendo assim, nós só podemos nos constituir e caminhar rumo ao processo de vir a ser, porque contamos com a qualidade dos cuidados iniciais, exercidos pela mãe, ou seja, somente podemos reconhecer o EU SOU porque tivemos uma mãe (ou representante) que nos ofertou os cuidados iniciais necessários, sustentando o nosso processo de amadurecimento.

Diante de tais conclusões, Winnicott (1966) afirma que não quer dizer que cada um de nós deve algo às mulheres que fizeram por nós tantas vezes, não existe dívida, mas o autor confirma que devemos a nós mesmos o reconhecimento intelectual de que, no início, éramos (psicologicamente) dependentes em tudo, e que pelo termo “tudo”, Winnicott (1966) se refere ao que ocorre nas primeiras e mais importantes semanas da vida do bebê. Os estágios iniciais do processo de amadurecimento têm oportunidade de se transformar nas experiências desse bebê. Quando o ambiente facilitador, que deve ser humano e pessoal, é suficientemente bom, as tendências hereditárias de crescimento do bebê alcançam suas primeiras conquistas. É possível dar nome a essas coisas, e a principal se resume na palavra integração.

Não me refiro apenas à sua capacidade de reconhecer se o bebê está ou não com fome e esse tipo de coisa, refiro-me às incontáveis sutilezas. A mãe sente que o bebê precisa de colo, precisa ficar solto ou sozinho ou que deve ser virado, ou quando ela sabe que o essencial é a mais simples de todas as experiências, baseada no contato sem atividade, quando é possível sentir a unidade entre duas pessoas que, de fato, são duas, e não uma. Esses momentos dão ao bebê a oportunidade de ser, e deles surge o próximo passo, que tem a ver com ação, tanto aquela que é feita como a que é recebida. Essa é a base para aquilo eu se torna, gradativamente, no bebê, a experiência de si mesmo. (WINNICOTT, 1966/2019 p. 21)

O processo de integração é traduzido por Winnicott como a possibilidade deste bebê iniciar o seu processo de amadurecimento, integrando, inicialmente, a psiquê e a soma, ou seja, se logo após o nascimento, o bebê é estabelecido como psique e soma separados, a partir da continuidade e permanência dos cuidados ambientais, este bebê irá se integrar e caminhar rumo ao seu processo de amadurecimento. Mas como este processo de constituição vai sendo ofertado pela mãe? Quais funções a mãe estabelece com seu bebê que vai prover a ele a condição para o seu processo de vir a ser? Winnicott aponta que a mãe exerce três funções primordiais diante do seu bebê: *Holding*, *Handling* e Apresentação de Objetos.

Com relação à apresentação de Objetos, temos em Abraham (2010) a explicação de que para Winnicott a apresentação do objeto operado pela mãe depende de sua estabilidade e confiança. É a mãe que exerce a função de fazer a conexão do bebê com o mundo e de apresentar os objetos como objetos de confiança. Em um de seus mais importantes trabalhos, *O Desenvolvimento Emocional Primitivo (1945)*, Winnicott apresenta um de seus famosos paradoxos: “É através da monotonia que uma mãe pode ter êxito em aumentar sua riqueza”. É essa repetição da confiança que engendra o ambiente *holding*.

Sendo assim, Winnicott nos apresenta o *holding*, que em sua tradução pode ser compreendido como algo próximo a “segurar” e “sustentar”. Abram (2010) descreve que o melhor ambiente de *holding* é aquele em que uma determinada pessoa é responsável pelo bebê até a idade aproximada de dois anos. Com essa idade, a criança está preparada para lidar com a perda e com os diferentes ambientes que proporcionam cuidados, onde a criança esforça-se para elaborar aquilo que é real e que não é real. A função da mãe é, então,

facilitar esse esforço apresentando o mundo em pequenas doses, enquanto testemunha os intensos sentimentos da criança em crescimento.

Podemos compreender então que o conceito de *holding* trazido por Winnicott abarca a ideia de uma forma de amor vivenciada pela continência ofertada pela mãe em sua função de sustentação psíquica, atenta às necessidades do bebê. A partir dessa sustentação o bebê se torna apto a integrar as experiências e ir progressivamente desenvolvendo o sentimento de “eu sou”, ou seja, de sentir-se integrado. O segurar de uma criança contribui para que esta possa amadurecer e sentir-se pertencente a um mundo amigável.

Pitliuk (2021) completa que é uma atitude que localizamos facilmente na sustentação dada pelo “segurar no colo”, e que se apresenta em múltiplos desdobramentos psíquicos, além do somático. E é no âmbito da sustentação que se instaura o que entendemos por confiança, segurança e amor, não numa acepção sentimentalista, de que Winnicott não gostava, mas enquanto elementos para a criança se instalar, verdadeiramente, no mundo e nas relações.

Scarabelo (2017) define que *handling* é descrito por Winnicott (1993/1965) como sendo a maneira pela qual a mãe, durante os cuidados primordiais ofertados ao bebê, manipula-o. Portanto, compreende os atos e os sentimentos que envolvem o ato da mãe de lidar com seu bebê, procedimentos estes que podem ser efetuados de forma carinhosa, estabaneada ou agressiva, com presença ou não de diálogo enquanto o auxilia em suas necessidades.

Ao conhecermos a base da teoria winnicotiana, entendemos que tem seu aporte nas funções maternas, descrito como um ambiente facilitador para nosso potencial inato ao desenvolvimento, em que, a partir do *holding*, do *handling* e da apresentação de objetos, constituem-se como a base da nossa saúde mental. A seguir, iremos discutir como as funções maternas se apresentam diante do nascimento do bebê e seguiremos com discussões acerca do nascimento prematuro.

2.2 A relação mãe – bebê para Winnicott: a vida psíquica começa em uma relação

Kehl (2019) descreve que o nascimento, além de trazer o bebê ao mundo habitado por nós, inaugura nele uma falta. A percepção da separação física em relação à mãe, inaugura também o desamparo, com ajuda da percepção da insatisfação - a começar pela fome, vivência corporal assustadora e desconhecida para quem, até então, era suprido sem descontinuidade através do cordão umbilical.

Dias (2021) descreve que a teoria winnicottiana do amadurecimento está fundada sobre duas concepções de base, onde o processo do amadurecimento depende de dois fatores: a tendência inata ao amadurecimento e a existência contínua de um ambiente facilitador, que vão se constituindo após o nascimento do bebê.

Com relação a este processo de amadurecimento, temos em Arteiro (2017) a explicação de que a teoria do Amadurecimento de Winnicott parte de um ponto fundamental que é o fato de que todos os seres humanos nascerem com tendência inata ao amadurecimento, mas que virá a desenvolver no que depender de cuidados ambientais. A condição humana é constituída tanto por soma, ou seja, o aspecto físico do desenvolvimento, quanto por psique. A maturidade emocional, sinônimo de saúde psíquica para o sujeito, depende de um somatório de fatores.

Para Winnicott, o bebê nasce com um potencial inato para o processo de amadurecimento, que deverá acontecer a partir de tarefas e conquistas, inerentes a cada fase do desenvolvimento. As tarefas e conquistas essenciais do amadurecimento ocorrem na etapa mais primitiva da vida, durante a qual o bebê vive em estado de dependência absoluta, e depois relativa, dos cuidados maternos. (DIAS, 2021)

O que está, portanto, em pauta, no amadurecimento pessoal, não são funções isoladas, sejam elas biológicas, mentais ou sexuais, mas o próprio humano, naquilo que este tem de estritamente pessoal: o sentimento de ser, de ser real, de existir num mundo real como um si mesmo. Nada disto é dado pela concepção ou pelo nascimento biológico. Mesmo quando as estruturas biológicas e cerebrais estão intactas, o ter nascido, simplesmente, não garante que sejam alcançados o sentimento de estar vivo, de sentir-se real e de poder fazer as experiências sentidas como reais. Ao longo do amadurecimento, todas as dimensões humanas deverão ser gradualmente integradas à personalidade, mas sempre a partir do sentido pessoal da existência, sentido que, no início, é a mera continuidade de ser. (DIAS, 2021, p.81).

Neste contexto, Winnicott (1983) defende que o bebê irá necessitar de um ambiente que favoreça tanto o processo, quanto o desdobramento destes estágios, ou seja, o bebê somente irá conseguir desenvolver o seu potencial para o amadurecimento se o ambiente ofertar os recursos necessários.

Diante disto, Dias (2021) destaca que, apesar de inata, a tendência à integração não acontece automaticamente, como se bastasse a mera passagem do tempo, isto porque se trata de uma tendência e não de uma determinação. Para que ela se realize, o bebê depende fundamentalmente da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Nenhum bebê, nenhuma criança, pode vir a tornar-se uma pessoa real, a não ser sob os cuidados de um ambiente que dá a sustentação e facilita os processos de amadurecimento, conclui a autora.

Temos em Winnicott a afirmação de que esse ambiente facilitador é representado pela mãe, e assim, Scarabelo (2017) descreve que a maternagem, apontada por Winnicott (1988/1987), é a capacidade da mãe de atender as necessidades e os desejos de seu filho de modo a satisfazê-lo de forma única, introduzindo o real ao bebê e incorporando-o ao exterior de maneira sutil, de modo a não causar maiores transtornos a este bebê.

Podemos entender que a oferta de cuidados maternos é essencial para o desenvolvimento do bebê e que essa provisão ambiental se dá por experiências iniciais como a amamentação, o segurar, o modo como o ambiente é organizado e como esse bebê é investido. De acordo com Winnicott (1993), quando esses cuidados são desempenhados, o sujeito pode fazer o seu percurso, sentindo-se integrado e confiante em relação ao mundo.

Partindo destes princípios iniciais, Winnicott vai desenvolvendo sua teoria enfatizando o ambiente como um facilitador deste processo de amadurecimento, o qual Dias (2021) destaca que este processo é desdobrado em períodos ou etapas, que por sua vez se compõem de “estágios”, que são discriminados em: dependência absoluta, dependência relativa e “rumo à independência”.

Aos vários estágios competem tarefas e conquistas de diferentes naturezas, que são impostas ao indivíduo, no decorrer do amadurecimento, pela própria tendência inata a integração. Se o bebê é bem-sucedido em realizar a tarefa que compete à fase, este fato torna-se uma conquista do amadurecimento. À medida que o amadurecimento avança, ele pode envolver-se e lidar,

naturalmente, com as que são específicas de sua faixa etária. (DIAS, 2021, p. 80).

Fulgêncio (2016) coloca que os quatro primeiros meses de vida dizem respeito ao que Winnicott (1993) denomina de fase de dependência absoluta. Nesse período, o bebê é totalmente dependente dos cuidados materno e é nele que a mãe vivencia o estado de *preocupação materna primária*. Trata-se de um período em que ela se apresenta atenta às demandas de seu bebê, mantendo uma certa ilusão de onipotência, satisfazendo e falhando de acordo com as necessidades adaptativas do bebê.

Segundo Winnicott (1963), a mulher, durante a gestação e por algumas semanas após o nascimento do bebê, desenvolve essa condição psicológica muito especial. Ela é descrita pelo autor como um estado de sensibilidade aumentada, um estado de sensibilidade exacerbada a fim de se identificar com as necessidades do bebê a ponto de desenvolver uma “doença saudável”. Winnicott (1956) considera ser uma experiência similar a uma psicose caso a mãe não estivesse nesse período do desenvolvimento.

Pitliuk (2021, p.45) reconhece que a “preocupação materna primária” é uma posição da mãe. Nela, está implicada a ideia winnicottiana de que, no começo da vida, deve-se exigir dos bebês o mínimo possível de adaptação ao mundo. Aliás, bem ao contrário, é o mundo que precisa se adaptar a eles, e assim, Winnicott (1956) apresenta a noção de “mãe suficientemente boa”.

O “suficientemente bom” contém a ideia de um atendimento suficiente para que o potencial daquele ser em constituição possa se desenvolver. E aqui temos algo fundamental: em se tratando de um potencial, o “bom” permanece sempre em aberto, relacionado ao que for se mostrando necessário em cada momento e contexto. De antemão, e fora do encontro, não há como configurar o bom (ou o mau) (PITLIUK, 2021, p. 45).

O conceito de mãe suficientemente boa está vinculado a dois outros conceitos importantes trazidos por Winnicott (já descritos anteriormente): *Holding* e *handling*, que junto à apresentação de objetos, são os conceitos base da teoria winnicottiana. Pitliuk (2021) destaca que o termo chave para caracterizar o essencial da atitude materna suficientemente boa é o *holding* (na tradução: “segurar/sustentar”), assim, a autora completa que é uma atitude que

localizamos facilmente na sustentação dada pelo “segurar no colo”, e que se apresenta em múltiplos desdobramentos psíquicos, além do somático.

O segurar pode ser pensado em um sentido amplo, considerando o toque, a temperatura, os cuidados com as luzes e os barulhos, ou seja, cuidados sutis que vão possibilitando ao bebê sentir-se amado e cuidado. Deste modo, esse toque vai permitindo um processo que Winnicott (1993) denomina de personalização, em que o toque suficientemente bom que o bebê recebe promove uma “psique que habita o soma”, isso é possível pela capacidade da mãe em envolver-se emocionalmente com o seu bebê e significa que o bebê alcançou o seu *status* de unidade com o seu corpo. Acerca disso, Laurentiis (2016, p. 104) coloca que “o corpo foi personalizado e tornou-se a sua morada”.

Assim, podemos entender que, no estágio de dependência absoluta, há uma sofisticada identificação da mãe com o bebê que promove uma adaptação sensível em que a capacidade de permitir e legitimar para o bebê que o objeto que ela apresenta para ele pode ser vivido como uma criação sua. Essa experiência só é possível por uma função materna exercida por uma *mãe suficientemente boa* que, ao permitir e sustentar o seu bebê, dá a ele a possibilidade de experimentar a sensação de continuidade da existência e adquirir uma realidade psíquica pessoal e um esquema corporal pessoal. (Winnicott, 1960/2007, p.46).

Para Fulgêncio (2016), a *fase de dependência absoluta*, corresponde ao período em que o bebê não tem meios de perceber o cuidado materno, apenas se beneficia dele. É uma fase de conquistas nas integrações e em que o bebê, aos poucos, vai podendo perceber o ambiente, mesmo que, inicialmente, ainda de forma obscura. Nesta fase, também são vividas a angústia de separação e o uso de objetos intermediários, chamados por Winnicott (1953) de *objetos transicionais* que ajudam a criança no processo de separação gradativa da mãe. Esses objetos facilitam esse processo que resulta no estabelecimento da diferenciação entre o eu e o não eu, e fazem a ponte entre a realidade interna e a externa, caminhando então para a dependência relativa.

Fulgêncio (2016) coloca que a *fase de dependência relativa* começa por volta dos quatro meses e vai até um ano e meio. Nessa fase, o bebê pode dar conta da necessidade dos cuidados maternos e inicia o reconhecimento dos

objetos e de um processo de separação da mãe. É um estágio marcado pela experiência dos fenômenos transicionais. Nesta fase, o bebê passa a desenvolver meios para que possa, gradualmente, prescindir do cuidado maternal e, para isso, o desenvolvimento da confiança no ambiente é imprescindível.

Winnicott (1983, p. 83) coloca que este vem a ser um estágio de “uma adaptação a uma falha gradual dessa mesma adaptação”, em que o bebê pode reconhecer sua dependência e pode se adaptar às falhas da mãe. Deste modo, ao ir se adaptando e encontrando soluções para essas falhas, o bebê pode reconhecer o seu sucesso e pode então entender essa comunicação de amor estabelecida, pois mesmo que ocorram erros, existe um outro humano que se preocupa, que cuida dele.

A alimentação é um exemplo que o autor aponta para compreendermos esse processo. Por exemplo: quando a mãe demora para trazer o alimento para o seu bebê, ele se adapta e espera o alimento, pois pode reconhecer os ruídos de sua preparação. Ele usa da sua compreensão intelectual e do modo como a realidade é apresentada para ele, como um recurso para lidar com essa experiência.

Desse modo, entendemos que, para Winnicott (1983), a falha materna inaugura o princípio de realidade para a criança, pois ao falhar a mãe permite ao bebê sentir e experimentar suas próprias necessidades, e isso contribui para um sentir-se separado de sua mãe e, assim, ele vai progressivamente percebendo essa mãe como alguém separado dele. Nesse caminho, a mãe, ao falhar, promove essa desadaptação do bebê, porém, para que o bebê consiga fazer o percurso, é necessário que o ambiente o chame, que haja uma promoção de um afastamento gradual que promova esse processo.

Essa passagem para o objeto objetivamente percebido promove o reconhecimento da diferença entre o eu e o não eu, e traz para o bebê a ideia de que ele pode depender do mundo externo e das pessoas existentes nesse mundo externo. Esse processo marca um processo de passagem ao estado de não eu, para a diferenciação entre eu e não eu, em um caminho de integração para o eu sou. Nesse caminho, cabe ao ambiente dar sustentação para esse processo gradual de contato e reconhecimento da realidade

externa, onde é importante que o ambiente sobreviva às reações amorosas e destrutivas da criança, de forma a dar suporte para a experiência de integração do eu.

Nesse sentido, após a separação do eu do não-eu, o sujeito vivencia o processo de personalização. Para Winnicott (1963), a personalização é um estado vivido nas fases iniciais da vida do bebê e que possibilita que ele vivencie a localização de seu eu no próprio corpo.

Esta experiência dá a criança a capacidade de sentir sua personalidade dentro de seu próprio corpo e se constitui a partir da experiência de ser cuidado. Tanto o estágio da integração, quanto o estágio da personalização estão interligados e foram concebidos a partir das observações do autor da relação mãe-bebê. Dias (2003, p. 130) aponta que “os cuidados maternos participam intrinsecamente da constituição paulatina do si mesmo, e o bebê é imediatamente afetado pelo tipo de cuidado que recebe”.

Após esse período, de posse do eu, o indivíduo terá que caminhar para a integração em si mesmo de impulsos e sentimentos diversos como aponta Fulgêncio (2016, p.30):

(...) terá de integrar em si mesmo uma série de impulsos e sentimentos (a vida instintual, os impulsos amorosos e destrutivos advindos de si mesmo, a possibilidade de destruir e consertar o que foi destruído (o chamado ciclo benigno), a consolidação de uma série de valores pessoais e morais (aquilo que se pode chamar de interiorização da lei moral em si etc.), de modo que, ao final da primeira jornada dessa fase, o indivíduo chega ao status de ser e sentir-se como uma pessoa inteira, que se relaciona com os outros, também apreendidos como pessoas inteiras, tendo que administrar sus impulsos instintuais (suas excitações corpóreas) no quadro das relações interpessoais.

Na fase *Rumo à independência*, que vai de um ano e meio para frente, a criança adquire a capacidade de ir vivendo sem um cuidado real, o que, de acordo com Fulgêncio (2016), só é vivido por conta do acúmulo de recordações de cuidado dos estágios anteriores, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção desses cuidados que promovem a constituição de uma confiança no meio.

Fulgêncio (2016) coloca que esse caminho para conquista do ser se dá pelas recordações de cuidado que se dão de forma inconsciente, das projeções

das necessidades pessoais e da introjeção dos cuidados recebidos, tudo isso contribui para que o bebê possa ir vivendo sem o cuidado real. Ao ser capaz de ver sua mãe separada de si e identificar-se com ela, o bebê alcança um estágio descrito por Winnicott (1983) de “status unitário”, que é a capacidade de sentir-se uma pessoa completa, com interior e exterior, que é capaz de perceber a existência de uma pessoa habitando seu corpo.

Assim, a criança pode então se relacionar com o mundo e com a sociedade, e vai caminhando para o desenvolvimento de uma verdadeira independência, conciliando sua experiência pessoal com a sociedade, encontrando um lugar para viver nela, construindo uma identidade própria, caminhando para a vida como um adulto.

Piutilik (2021) nos aponta que a sustentação se amplia em direção a uma concepção de rede de sustentação, funcionando por meio de círculos concêntricos, com o par mãe-bebê sendo de menor diâmetro, e ao longo de toda a composição de círculos, temos dependência, elemento pertencente a cada trecho do caminho do amadurecimento.

No processo de amadurecimento, os cuidados maternos vão se transformando em um cuidado ofertado pela mãe e pelo pai, pelos cuidadores em geral que assumem a responsabilidade pelos cuidados com a criança. Esse cuidado proporciona que a criança vá ampliando seus campos de relações com outros parentes, grupos de amigos, aumentando gradualmente sua relação com o ambiente externo.

Assim, a família contribui de dois modos para a maturidade emocional do indivíduo: de um lado dá-lhe a oportunidade de voltar a ser dependente a qualquer momento; de outro, permite-lhe trocar os pais pela família mais ampla, sair desta em direção ao círculo social imediato e abandonar esta unidade por outras ainda maiores. Esses círculos cada vez mais amplos, que a certa altura tornam-se os agrupamentos políticos, religiosos e sociais da sociedade, e talvez o próprio nacionalismo, são o produto de um processo que se inicia com o cuidado materno e se prolonga na família. A família parece ser a estrutura especialmente programada para dar continuidade à dependência inconsciente da criança em relação ao pai e à mãe de fato. (WINNICOTT, 1993, p. 137)

Para Winnicott, (1993, p. 131), “todos esses círculos, por largos e vastos que sejam, identificam-se ao colo, aos braços e aos cuidados de uma mãe”. A mãe e o pai da criança são a origem de todos os deslocamentos, e tudo na vida do sujeito se relaciona com seus pais. O autor aponta duas tendências no processo de amadurecimento pessoal. A primeira é o movimento de afastamento, que leva a conquista de maior liberdade de pensamento e de ação. E a segunda é a necessidade de conservar e retomar o relacionamento com os pais. Deste modo, a maturidade emocional permite esse oscilar entre os estados dependentes e independentes.

Ao analisar a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, Fulgêncio (2016) aponta que ela traz um olhar para a experiência de vir a ser centrada na necessidade de ser e continuar sendo, em que partindo da ideia da existência de uma tendência inata para a integração, mas que ao mesmo tempo parte de um estado de imaturidade inicial do bebê, é necessário um cuidado ofertado pelo outro, pelo ambiente, de forma que esse indivíduo se sinta sustentado em sua experiência de vir a ser. O ser humano caminha de uma total dependência em relação ao mundo para a busca de sua autonomia.

Porém, é importante destacar que, nesse percurso, alguns acontecimentos podem ser perturbadores e afetar o processo de vir a ser, causando conflitos e formas de sofrimento. Quando não há uma provisão ambiental suficientemente boa, o self não se desenvolve, e essa falha pode provocar efeitos nefastos sobre a saúde mental, trazendo quadros de sofrimento no campo da desintegração, das dificuldades de integração entre o somático e o psíquico, bem como ansiedades e angústias primitivas, ligadas à problemática da ordem dos investimentos nesses estágios iniciais.

Dias (2009) destaca que a ênfase da teoria winnicottiana recai sobre os estágios iniciais, pois nesse período que estão sendo constituídos os alicerces da personalidade e da saúde psíquica. As tarefas que caracterizam os estágios iniciais – a integração no tempo e no espaço, a habitação da psique no corpo, o início das relações objetais e a quarta tarefa, constituição de si mesmo - jamais se completam e continuam a ser as tarefas fundamentais de toda vida.

Sendo assim, a teoria de Winnicott trouxe à luz dos nossos pensamentos a compreensão das nossas relações primitivas e a constituição psíquica,

fazendo com que possamos compreender que esta constituição é um processo de amadurecimento e terá, em suas relações ambientais, as raízes de sua formação. Entendendo esta base da teoria, e trazendo o foco para o público-alvo desta pesquisa, há o questionamento: de que modo a internação do bebê prematuro irá repercutir na maternagem dessas mães no momento do retorno para a casa? Como se dá a retomada do contato mais próximo e dos primeiros cuidados que configuram a dupla mãe-bebê? Para melhor compreender os efeitos da prematuridade e do processo e internação no retorno para a casa, a seguir iremos contextualizar a prematuridade e a maternidade em sua experiência prematura.

Capítulo 3- O bebê prematuro: um encontro antecipado

O nascimento de um bebê prematuro tem o significado de uma chegada antes do tempo, em que o encontro mãe e bebê não estava pronto para acontecer. Há uma antecipação, um descompasso entre mãe e bebê, exigindo a transformação de uma mulher em mãe de um bebê que ainda não estava pronto para conseguir, sozinho, manter a sua vida. Sjezer (1997) descreve que prematuridade significa que a criança não está madura para assumir, por conta própria, a vida no meio aéreo, porque seus pulmões não estão em perfeito funcionamento.

Franz e Donelli (2022) informam que cerca de um a cada dez nascimentos são prematuros no mundo, correspondendo a 15 milhões por ano (WHO, 2018). No Brasil, estima-se que 10,6% dos nascimentos sejam prematuros (Chawanpaiboon et al., 2018), o que o deixa em 10º lugar no ranking mundial (WHO, 2018).

Scarabelo (2017) reconhece que, nos nascimentos prematuros, pode-se falar em uma tridimensionalidade prematura, em que não apenas o parto é considerado prematuro, mas também o bebê e a mãe, pois o bebê prematuro não se encontra organicamente preparado para estar fora do útero de sua mãe, enquanto a mãe prematura foi pega de surpresa, já que os meses de gestação restantes em seu imaginário, para que a maternagem fosse subjetivada, não existem mais.

Sendo assim, podemos compreender que o nascimento de um prematuro tem grande impacto no processo de adaptação mãe/bebê. A mãe, muitas vezes, apresenta uma crise emocional, com muito medo, tanto do risco de morte do bebê, como do ambiente de UTI Neonatal, local até então desconhecido, onde, especialmente nos primeiros dias, ela se torna expectadora dos cuidados que a equipe de enfermagem e médica propiciam ao seu filho. A internação, essencial para garantir as possibilidades de sobrevivência da criança, acaba criando uma dupla separação da mãe: do bebê idealizado e internalizado, e do bebê real que, por sua vez, está internado (CUNHA et al, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) define como bebê prematuro o bebê nascido pré-termo, ou seja, que nasceu antes de completar 37 semanas de gestação. Essa classificação é subdividida em três grupos:

Tabela 1 - Classificação Mundial da idade gestacional e prematuridade do bebê

Classificação	Idade gestacional	Observações
Extremamente pré-termo	Inferior a 28 semanas	
Muito pré-termo	De 28 e inferior a 32 semanas;	
Pré-termo moderado e tardio	de 32 e inferior a 37 semanas	Bebês nascidos com idade gestacional de 32 a 33 semanas são consideradas moderadas; Bebês nascidos entre 34 e 36 semanas e 6 dias, são considerados prematuros tardios.

Fonte: Organização Mundial da Saúde-2012

Bassegio, et. al. (2017) aponta que, além da separação física e prematura do bebê e da mãe através do parto, acontece uma segunda separação, já que o bebê necessita ficar em outro local do hospital, geralmente, em uma incubadora. Essa separação representa mais uma barreira para a interação e o vínculo inicial da mãe com o bebê, e este, por sua vez, também não consegue responder de

maneira satisfatória aos estímulos dos pais. No processo de hospitalização, o seu desenvolvimento se dá a partir da influência e da mediação da equipe da Unidade de Internação Neonatal, concluem os autores.

Diante deste nascimento prematuro, Scarabelo (2017) descreve que a mãe prematura é forçada a lidar com as questões referentes à maternagem quando ainda não estava preparada para isso. O nascimento de bebês prematuros desenvolve um processo ainda mais conflituoso de estranhamento e de frustração dos ideais criados durante a gestação. São bebês muito pequenos, seu peso é muito baixo, e precisam de auxílio médico para sobreviverem, não podendo permanecer perto de suas mães logo após o nascimento. Com isso, essas mães podem ter sentimentos dos mais diversos, como medo, angústia, estresse, negação e outros, confirma a autora.

Iaconelli (2007) citando Ferenczi (1992b) destaca que “... o período que antecede a ‘comoção psíquica’ é de autoconfiança e de suposição de se estar seguro” (p. 109). Encontramos esta sensação precisamente na gravidez, que é vivida por grande parte das mulheres como momento de plenitude e poder. Se por um lado, a mulher se sente frágil e ansiosa, por outro, tende a idealizar sua condição, atribuindo-lhe o caráter de “bênção”. Esta fantasia onipotente cria um solo potencialmente propício para o efeito traumático, quando as coisas não saem dentro do esperado, e certamente, irá atravessar o exercício materno de uma mãe que vive a experiência da maternidade prematura. (IACONELLI, 2007).

Ainda sobre a prematuridade, e de todos os sentimentos adversos que a mãe sofre diante do seu parto, a literatura nos aponta que os pais, também, passam por um processo de luto do bebê idealizado, e este processo poderá acarretar dificuldades de vinculação com a criança (Donelli et. al, 2017).

Para Freud (1904), o luto envolve graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, e que deve ser superado após certo lapso de tempo. Para o enfrentamento do luto, Freud aponta que temos traços mentais distintos da melancolia, citando de exemplo uma inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em autorrecriação e autoenvilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. Ao considerar a melancolia como presença no processo de luto, Freud esclarece que a melancolia pode constituir

reação à perda de um objeto amado, pode-se reconhecer que existe uma perda de natureza mais ideal, em que o objeto tenha sido perdido enquanto objeto de amor.

Tinoco (2013) nos descreve que a expressão luto pelo bebê idealizado é um termo utilizado pela psicanálise, que se disseminou dentro da Psicologia, e é bastante utilizado para se referir à elaboração que toda mãe tem que fazer diante do filho real, que é diferente do imaginado.

Quando pensamos no luto nos casos do bebê prematuro, temos que considerar que a mãe terá que elaborar para além do bebê real e bebê imaginado, sendo presente, ainda, o luto das projeções e planos de seu exercício materno, os quais não irão transcorrer de acordo com seu planejamento. Ferrari e Donelli (2010) destacam que a prematuridade antecipa e intensifica o processo de luto (bebê imaginado x bebê real), como também, antecipa e intensifica o luto pela separação do bebê, acrescentando o luto pelo ser mãe diferente do desejado, da gestação, parto e experiência de tornar-se mãe.

Temos em Auler e Delpino (2008) que o nascimento prematuro interrompe o período de maior desenvolvimento e é necessário renunciar àquele bebê sonhado, imaginado e idealizado, para colocar no seu lugar um bebê muito diferente, e ao pensarmos sobre este bebê diferente, incluem-se os aspectos físicos e o distanciamento que a internação produz. Isso faz com que a mãe não se sinta familiarizada com seu filho, sendo o distanciamento da internação, também, reconhecido em um distanciamento no campo dos vínculos entre mãe e bebê.

Becker (2020) expõe que a aproximação do bebê real ao bebê imaginário, construído durante a gestação, demandará dos pais um tempo de elaboração, e nesta experiência, o medo da perda seria um dos fatores de ameaça à construção do vínculo afetivo entre mãe e bebê. Szejer (1999) nos aponta que podemos imaginar as consequências dramáticas se o filho, para quem o lugar pode ter sido designado desde antes do nascimento, acabar por nascer prematuramente, em perigo de morte e retirado da mãe.

Tinoco (2013) destaca que trazer a noção de processo de luto para a vivência da prematuridade é interessante para termos em conta que o período seguinte ao parto prematuro pode ser excepcionalmente difícil para a mãe, que tem um trabalho psíquico importante a realizar: reconhecer a situação que se

apresenta, que é diferente e mais desafiadora que a esperada, bem como, buscar recursos para enfrentá-la e aceitar a nova realidade. Esse processo pode levar mais ou menos tempo, ser mais ou menos intenso e pode ser facilitado ou dificultado por fatores presentes e ausentes no decorrer da experiência.

Conforme a literatura nos aponta, o período de internação deste bebê prematuro irá repercutir na mãe, trazendo as experiências deste luto de um bebê idealizado ao passo que se reconhece com o bebê real, que tem sido apresentado a ela, dentro de suas necessidades médicas e emocionais. Assim, na construção desta maternidade, atravessada pelo saber médico, vai se constituindo a relação da mãe com seu bebê real. A seguir, iremos discutir como esta relação vai se (re) estabelecendo, e quais as repercussões emocionais irão acompanhar a trajetória da dupla mãe - bebê após a experiência da prematuridade.

3.1 O bebê prematuro: o descompasso entre a mãe e o bebê

O parto prematuro anuncia uma chegada que foi antecipada, podendo ter sido prevista ou não. Este encontro prematuro irá afetar as relações que estavam sendo constituídas no imaginário da mãe em seu período gestacional, e consequentemente, afetar os vínculos que estavam se formando.

Correa (2022), em suas reflexões sobre a maternidade, questiona se haveria um tempo maduro para a maternidade, e se este tempo estaria em função do tempo de gestação e parto, e complementa a reflexão repensando quais as consequências da antecipação do tempo biológico para o desejo da maternidade.

A literatura sobre o tema nos confirma que o nascimento prematuro pode afetar as primeiras vivências de mães e bebês, posto que a mãe, frente à internação do filho após o parto, pode ser impossibilitada de oferecer-lhe os cuidados primários e fundamentais para o seu desenvolvimento e a criação da relação vincular com este. (BASSEGIO, 2017)

Becker (2020) afirma que, além da prematuridade influenciar nos cuidados maternos com o filho, também afeta subjetivamente a mãe e, consequentemente, a interação com o seu bebê que fica internado enquanto a

mãe é obrigada a ir para casa sozinha. Nesse contexto, a autora acrescenta que não é somente o bebê quem depende essencialmente do contato da mãe, mas que ela também tem a necessidade de ser reconhecida pelo bebê, e assim, há o questionamento no sentido de que como a construção dessa nova identidade pode acontecer diante das separações precoces, considerando que a internação afeta a mãe e o bebê.

Conforme descrito em capítulos anteriores, no período final da gestação, segundo Winnicott (1964), a mulher desenvolve a “preocupação materna primária”, que é um estado de total conexão com seu bebê e com as suas necessidades, um estado de identificação materna com o bebê, que permite o desabrochar da constituição do bebê e de suas tendências ao desenvolvimento. Entretanto, quando pensamos em parto prematuro, este estado de preocupação materna primária é atravessado pelas questões médicas, necessárias para os cuidados com o bebê. Leão et.al. (2017) reconhecem que, com o nascimento do bebê prematuro, interrompe-se o processo de preocupação materna primária.

Neste contexto, Zorning, Morsh e Braga (2004) apontam que a “preocupação médica primária” antecederia o estabelecimento da “preocupação materna primária”, o que pode influenciar a relação mãe-bebê. A situação de internação do bebê, muitas vezes, obriga a mãe a lidar com a mediação da tecnologia e do saber médico sobre os cuidados maternos.

Ferrari e Donelli (2010) nos aponta que é comum que o discurso médico ocupe o lugar das hipóteses maternas sobre o bebê e suas necessidades, prejudicando o investimento materno e o reconhecimento do bebê como seu. É o discurso médico que dá sentido para a prematuridade, e assegura que o bebê pode ser investido e reconhecido a partir do saber médico.

Segundo Lebovici (1987), a mãe pode ser acometida por um forte sentimento de frustração, reviver fantasias como a de castração, conformadas na representação de não ter conseguido concluir a gestação e ter gerado um bebê inacabado e frágil. Outros sentimentos que podem surgir nessa situação são a culpa pelo parto prematuro e o medo frente a um bebê diferente do imaginado e idealizado.

Neste processo, Leão et. al. (2017) destacam ainda que, da mesma forma que a recuperação do bebê é um processo, é um processo ir se tornando mãe daquele bebê para a mãe, construindo um vínculo com ele e retomando as

primeiras identificações, que foram interrompidas quando do nascimento prematuro. Sendo assim, torna-se evidente a necessidade de envolver a mãe nos cuidados com seu bebê já na UTI Neonatal, com o auxílio de uma equipe qualificada e de acordo com as especificidades de cada caso, para possibilitar uma preparação para a alta hospitalar, de modo a promover uma continuidade entre os cuidados no hospital e em casa, o que pode ter resultados e reverberações nos cuidados com o bebê após a alta, concluem os autores.

Bassegio, et. al. (2017) reconhecem que a necessidade da internação em UTIN do bebê prematuro pode prejudicar o contato inicial entre os pais e o seu filho. No entanto, os autores apontam que a participação da mãe durante a internação do bebê pré-termo é fundamental para o vínculo de ambos. Se a saúde, tanto do bebê quanto da mãe, permitir, essa aproximação deve ser estimulada e ampliada.

Scarabelo (2017) destaca que as mães sentem-se destituídas da capacidade de serem mães. Isso ocorre, em grande parte, devido ao fato dos cuidados primordiais para a saúde do bebê serem advindos de outra fonte, que não seja pertencente aos seus domínios. Também pela sensação de que os filhos não lhes respondem como elas esperam que eles o fizessem, não demandando ainda (ao menos de maneira explícita) seus cuidados ou afeto. Isso faz com que essas mulheres suponham que não são úteis e/ou necessárias ao seus bebês naquele momento de suas vidas.

Com relação a este distanciamento, temos em Becker (2020) a conclusão de que a mãe pode ter sentimentos de inferioridade, sendo atingida intensamente em sua autoestima, nas suas capacidades maternas e no seu papel feminino de não ter gerado um bebê saudável.

Ainda, com relação ao período de internação, temos em Donelli (2022) a afirmação de que o atendimento dos pais em UTIN e com bebês organicamente fragilizados implica em uma dimensão única de imprevisibilidade, onde os ritmos parentais são orientados pelos ritmos clínicos do bebê.

E a partir dos ritmos clínicos do bebê, a alta hospitalar vai se tornando possível. A mãe que foi se constituindo dentro de uma UTIN dará um novo passo na relação que estava sendo construída no campo hospitalar com seu bebê, e se vê com a proximidade da alta hospitalar, diante da oportunidade de resgatar a relação da dupla mãe - bebê.

Para Winnicott (1966/2006), a integração é facilitada quando o bebê e a mãe estão prontos para continuarem uma parceria após o nascimento. No entanto, no contexto da prematuridade, esse aspecto facilitador não estaria presente, visto que, além da imaturidade fisiológica do bebê, ambos ainda não estariam prontos para uma parceria. Entretanto, após os sentimentos vivenciados durante o período de internação, a proximidade da alta hospitalar é a oportunidade da mãe de se tornar protagonista nos cuidados com o bebê e facilitadora de seu processo de integração.

Leão et.al. (2017) afirmam que, com a proximidade da alta hospitalar, haveria uma tendência de substituição da tristeza sentida no início, por um foco e investimento maiores no cuidado do bebê e em tarefas destinadas a ele. No entanto, os pais ainda estariam preocupados com possíveis emergências e com a condição clínica do bebê, e concluem que o processo de alta é algo gradativo e permeado por ambivalência:

Algumas mães projetaram em seus bebês sentimentos maternos sobre a alta e relataram o sentimento de renascer quando da alta do bebê. Pode-se pensar que ambas as expressões refletem aspectos do mundo emocional materno, como uma possibilidade de recuperação do contexto traumático da prematuridade - ao "permitir" que o bebê renasça antes de ir para casa - e incluindo o bebê como parte importante dessas experiências. (LEÃO; 2017 p.161)

Diante das inúmeras experiências presentes no campo hospitalar, durante o período de internação, a partir dos protocolos médicos e do alcance da alta do bebê, inaugura-se uma nova fase da relação mãe e bebê. Com relação a este processo, temos em Leão et. al. (2017) que se pode pensar que, no momento da pré-alta, as mães possam vivenciar a transição dos cuidados exclusivos da equipe para os cuidados maternos, podendo ter mais disponibilidade emocional para o processo de aprender a lidar com seu bebê. No entanto, apesar de a alta do bebê nascido prematuro, geralmente, ser um momento de alívio e felicidade para as mães, elas também podem sentir falta de preparação para assumir os cuidados com o bebê e ter dúvidas sobre sua capacidade para cuidar, o que pode levar a sentimentos de medo e ansiedade, concluem as autoras.

Com relação aos medos e angústias descritas pela literatura, pode-se reconhecer que a base de tais sentimentos é o receio que as mães dos bebês

prematturos possuem com relação a perder este bebê, com fantasias referentes à morte, as quais são acompanhadas do processo de internação que é vivenciado entre altos e baixos na saúde de seu filho. Iaconelli (2007) descreve que, a princípio, reiteramos a noção de que a modernidade lida com as questões relativas à morte, evitando o contato com a angústia por meio da negação do sofrimento, alimentando a fantasia onipotente de superação da finitude por intermédio da tecnologia médica.

Segundo Borghini et al. (2006), a dificuldade em aceitar as capacidades e as necessidades de independência do filho prematuro está envolvida na maioria dos sentimentos e comportamentos de cuidado materno, inclusive quando a fase de cuidados especiais foi superada. Mesmo se as dificuldades neonatais são temporárias, mãe e filho que vivenciaram o início da relação sob estresse podem continuar experienciando dificuldades de interação, comparados àqueles que não tiveram tais dificuldades de início (Borghini et al., 2006). Para as autoras, o nascimento prematuro gera efeitos secundários no comportamento da criança ao afetar a percepção e atitude dos pais. Por exemplo, se os pais temem que o longo período de hospitalização tenha deixado sequelas na criança, podem passar a vida com medo de deixar a criança sozinha para que ela não se sinta abandonada, concluem.

Tinoco (2013) aponta que é evidente que o modo como as mães vivenciaram a prematuridade repercute no processo de transição para a maternidade, na relação com o bebê e no desenvolvimento delas como pessoas, confirmando, a partir de sua pesquisa, que a prematuridade é uma experiência que afeta profundamente o psiquismo da mãe à medida que altera a percepção que esta tem a respeito de si e do mundo que a cerca.

A autora completa que as consequências de um nascimento prematuro não estão relacionadas apenas às dificuldades fisiológicas do bebê e não se limitam ao período posterior ao nascimento. A prematuridade reverbera, durante anos, nos aspectos psicológicos, familiares, sociais, espirituais, ecológicos, culturais e éticos (Kersting et al., 2004; Brito, Pessoa, 2006).

Sendo assim, é a este cenário que nosso estudo pretendeu se dedicar. Nesse percurso nos questionamos: Como se organiza o exercício da maternidade, após a experiência da prematuridade e internação em seu retorno para a casa? Quais as repercussões atravessam estas mães quando recebem

a resposta da pergunta feita inúmeras vezes durante uma interação: *Quando vamos embora?*

Capítulo 4 - A pesquisa: o caminhar e os encontros

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo geral

A presente pesquisa objetiva compreender as experiências da maternidade prematura e repercussões após a alta hospitalar.

4.1.2 Objetivos Específicos

- Retomar o percurso histórico da construção social do amor materno e das transformações na relação da mulher com a maternidade.
- Refletir sobre o vínculo entre mãe e filho e sua importância no processo de subjetivação.
- Compreender a experiência de uma maternidade de um bebê prematuro e as expectativas constituídas após a alta hospitalar, bem como a dinâmica familiar com o retorno para casa após a alta hospitalar.

4.3 Delineamento da pesquisa

A presente pesquisa teve como objetivo compreender a experiência da maternidade de mães de filhos prematuros, bem como investigar como se organiza a vida familiar no retorno para casa, após o período de internação que sucedeu ao nascimento. O tema central e pergunta norteadora da pesquisa foi:

como se dá a experiência da maternidade prematura e quais as repercussões no retorno para casa, para o ambiente familiar, após a alta hospitalar?

O instrumento escolhido para a realização desta pesquisa consiste na entrevista semidirigida que, segundo Bleger (1998), possibilita-nos colher dados por meio da escuta e da observação. Com relação a este instrumento, temos também em Minayo (2004) que as informações obtidas em uma entrevista são aquelas que fornecem “fatos; ideias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar ou comportamentos”

Bleger (1998) aponta, também, que a entrevista se caracteriza como um instrumento fundamental e faz coexistir no psicólogo as funções de investigador e profissional, já que a técnica é o ponto de interação entre a ciência e as necessidades práticas.

Foram realizadas entrevistas com cinco (05) mulheres, com idade entre 27 e 42 anos, que tiveram a experiência com a maternidade prematura e retornaram para a casa com seus bebês, e na atualidade, os filhos se encontravam com idade média de 07 a 09 anos. A idade das crianças se apresentou como um recorte, pois elas já tinham passado pela primeira infância, e buscamos mães que já haviam passado pela experiência do retorno para casa, bem como, pelos primeiros anos de vida e de desenvolvimento de seus filhos. A presente pesquisa foi se constituindo durante o período pandêmico da SARS-COV-2 (COVID 19), e com as novas orientações sociais, houve uma restrição na nossa busca de dados e potenciais entrevistadas.

A idade das mães e das crianças se deu como um norteador para o recorte da pesquisa, uma vez que as entrevistadas apresentavam idade entre os 25 e 45 anos, que está dentro do intervalo de idade apontado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018), em que ocorrem a maioria das gestações da população brasileira. Segundo o IBGE, o intervalo entre os 20 e os 45 anos abrange mais de 80% dos casos de maternidade na vida das mulheres.

Para explorar os conteúdos encontrados no decorrer do contato com estas mães e para preservar a identidade de cada uma (conforme os aspectos éticos em pesquisas com seres humanos), cada mãe foi nomeada com o nome de uma flor. A escolha de flores para representar cada mãe foi devido ao fato, constatado nos estudos e encontros, de que as mães de bebês prematuros, assim como a natureza, convida as flores para renascer na primavera, também realizando um

processo de renascimento ao retornar para a casa com seus filhos, e para exercer a maternidade daquele retorno em diante.

Os dados das mães entrevistadas seguem na tabela abaixo:

Tabela 2 - Descrição das mães participantes da pesquisa

Nome da mãe	Idade	Estado Civil	Idade gestacional do Bebê	Tempo de Internação do bebê	Idade atual do filho (a)
Orquídea	40 anos	Casada	28 semanas	60 dias (02 meses)	07 anos
Violeta	42 anos	Casada	31 semanas	52 dias	08 anos
Flor de Maio	41 anos	Casada	32 semanas	51 dias	09 anos
Dália	27 anos	Divorciada	32 semanas	132 dias (04 meses e 12 dias)	08 anos
Hortência	33 anos	Casada	35 semanas	15 dias	09 anos

Fonte: a autora

Os critérios de inclusão no grupo pesquisado foram: ser mulher, mãe de bebês prematuros, ter passado pela experiência de internação e alta de seu bebê, e estar vinculada ao sistema público municipal de saúde, de um município no interior de São Paulo.

Nosso grupo pesquisado se constituiu de mulheres com idade entre 27 e 42 anos, as quais se organizaram entre 04 mulheres casadas e 01 mulher

divorciada. Durante o período em que as entrevistas aconteceram, 03 mulheres estavam inseridas no mercado de trabalho, 01 mulher estava procurando emprego, e 01 mulher se dedicava aos cuidados com a casa e com a família. Segundo as informações colhidas, após a experiência com seus bebês nascendo de forma prematura, todas as mulheres precisaram parar de trabalhar, devido à necessidade de cuidado e de dedicação aos bebês, e retornaram anos mais tarde, após o crescimento dos filhos. No período das entrevistas, os filhos das entrevistadas tinham idade entre 07 e 09 anos.

O roteiro de entrevistas foi organizado contendo informações sociodemográficas, com o objetivo de caracterizar as participantes da pesquisa com seis questões abertas, elaboradas com base no referencial teórico e que versavam sobre as percepções sobre o papel materno, a experiência da maternidade prematura, as possibilidades e as perspectivas após a alta hospitalar e o retorno para casa, explorando também possíveis dificuldades e limitações das participantes no exercício da maternidade em sua experiência com bebês prematuros.

A proposta inicial desta pesquisa era realizar as entrevistas no local de trabalho da pesquisadora, porque as mães já estavam devidamente vinculadas ao serviço público municipal. No entanto, para uma reorganização dos serviços municipais de saúde, necessária diante das novas orientações frente à pandemia da COVID 19, o espaço o qual alocava o serviço de atendimento às mulheres teve que ser desativado, dando espaço ao atendimento inicial de casos com sintomas da Covid. Sendo assim, todo trabalho que era ocorrido neste espaço se distribuiu entre as Unidades Básicas de Saúde do município. Esta redistribuição de profissionais e diante das novas orientações frente ao isolamento social afetaram o acompanhamento que era realizado com essas mães e dificultaram o contato para realizar o convite para participar da pesquisa.

Para conseguir efetivar as entrevistas, foi realizada busca em prontuário eletrônico (autorizada pela Secretaria de Saúde do Município) de mães que preenchiam os critérios discriminados para participar da pesquisa. Posteriormente, foi realizado contato telefônico, realizado o convite e apontado as questões éticas que circundam este trabalho. A organização do espaço físico e a escolha local se deram após a solicitação de cada mulher. Violeta, Hortência e Flor de Maio foram entrevistadas em uma Unidade Básica de Saúde, atual local

de trabalho da pesquisadora, e Dália e Orquídea foram entrevistadas na realização de visita domiciliar, previamente agendada. A justificativa de escolha de local foi apontada por cada mulher a partir da facilidade do transporte para ir até um local, ou dificuldades para se locomover dentro do município, pois a Unidade Básica de Saúde ficava distante de seu território.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, lidas e analisadas à luz do referencial teórico da Psicanálise em interlocução com os estudos sociológicos acerca da construção social do amor materno, como também de estudos sobre prematuridade e maternidade.

Para a exploração dos conteúdos expostos na entrevista, trabalhamos com método clínico-qualitativo, utilizando da Análise de Conteúdo, a qual é descrita por Turato (2005) como uma proposta metodológica teórica e prática, que utiliza a abordagem compreensiva-interpretativa, e possui três pilares de sustentação, que são a atitude existencialista, a atitude clínica e a atitude psicanalítica, com o uso de concepções advindas da dinâmica do inconsciente individual e da valorização dos aspectos psicodinâmicos mobilizados.

A metodologia clínico-qualitativa se preocupa menos com a explicação, com o porquê e os consequentes modelos causais, priorizando a compreensão dos significados e das atitudes humanas, ou seja, a interpretação de relação de significações dos fenômenos para os sujeitos e para a sociedade. (SILVA et.al.,2014, p. 99)

Segundo Silva e Matos (2014), ainda, a Análise de Conteúdo possui as seguintes fases: a-) pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus da entrevista; b-) seleção das unidades de análise (ou unidades de significados); c-) processo de categorização e subcategorização. Segundo Turato (2005), a fundamentação, a análise e a interpretação de dados devem possuir, como fator precípua, a discussão dos dados, não somente a partir da visão do pesquisador, ou da literatura sobre a temática estudada.

Para a análise dos conteúdos, foram discriminadas três categorias para a exploração, as quais se organizam entre os seguintes temas: O encontro com a Prematuridade; O retorno para a casa e a/as rede/s de apoio; Repercussões da prematuridade no exercício da maternidade.

Destaca-se que os vínculos entre a pesquisadora e as mães se antecederam à entrevista, assim, este vínculo contribuiu para que a entrevista se conduzisse de uma forma intensa e verdadeira. Foi possível observar que cada mãe, ao ser informada da sua possibilidade em contribuir com a oferta de informações, que colaborasse para que outras mulheres fossem beneficiadas diante da experiência da maternidade prematura, colocaram-se em total disposição, apresentando uma relação de identidade e atuando com uma rede de apoio para outras mulheres que poderão vivenciar a mesma experiência.

Apresentaremos a seguir uma breve caracterização das participantes e a análise dos dados a partir das categorias organizadas.

Capítulo 05: Um olhar para a prematuridade e suas repercussões para a maternidade

Neste capítulo, iremos apresentar as análises das entrevistas, a partir das categorias elencadas, e conforme apontado anteriormente, as categorias se organizam entre: Emoções e dificuldades face à prematuridade; Redes de apoio e tornar-se mãe no retorno para a casa; Culpa, cuidado e superproteção: as repercussões da prematuridade no exercício da maternidade.

Para que a leitura e compreensão dos conteúdos explorados nas entrevistas fique mais claro, a seguir, teremos uma breve apresentação das mães que participaram das entrevistas e fizeram a exposição da sua experiência com a prematuridade.

5.1 Apresentação do grupo pesquisado

Orquídea (40 anos)

Orquídea, 40 anos, é casada e estava cursando nível superior no período da entrevista. Sua estrutura familiar é composta pelo casal e dois filhos. Ela teve sua experiência com a prematuridade na sua segunda gestação, seu bebê nasceu com 28 semanas, e permaneceu por 60 dias internado, sendo 53 dias na UTI NEO e 07 dias no quarto. No período da entrevista, seu filho estava com 07 anos. Orquídea teve uma rede de apoio constituída por seu marido e familiares dele, para que pudesse organizar sua rotina após o retorno para casa.

Violeta (42 anos)

Violeta, 42 anos, casada, mãe de um casal de gêmeos. O plano de ter filhos sempre foi um sonho de Violeta e de seu marido, e para que este sonho fosse realizado, foi necessário tratamento médico. Violeta engravidou através do método de fertilização artificial.

Violeta engravidou de gêmeos e, no sétimo mês de sua gestação, precisou ser internada, devido ao risco do parto prematuro. Ela permaneceu internada por algumas semanas e, com 31 semanas de gestação, seus filhos chegaram. Os bebês ficaram internados durante 52 dias e, ao retornarem para casa, Violeta contou com sua rede de apoio, constituída por diversos membros familiares, em especial, pelas figuras femininas da família. No momento das entrevistas, os filhos de Violeta estavam com 08 anos de idade.

Flor de Maio (41 anos)

Flor de Maio, 41 anos, casada, seu bebê nasceu com 32 semanas, devido ao aumento de sua pressão arterial durante a gestação. Após sua experiência com a prematuridade, Flor de Maio não desejou ter mais filhos, e Broto de Flor de Maio é seu único filho. Ele ficou internado por 51 dias, e ela se recordou desta fase de internação com bastante angústia. Após a alta hospitalar, Flor de Maio teve como rede de apoio a sua mãe, para auxiliar nos cuidados com seu filho. No momento da entrevista, seu filho estava com 09 anos de idade.

Dália (27 anos)

Dália, 27 anos, divorciada, mãe de 04 filhos. Sua estrutura familiar atual é formada por ela e seus 04 filhos, três meninas e um menino. Na sua primeira gestação, teve o contato com a prematuridade, e sua filha nasceu com 32 semanas e permaneceu internada durante 132 dias, devido a complicações pulmonares. Dália se descreve como uma mulher forte e otimista, e se utilizou destes recursos para o enfrentamento do período de internação. Após a alta hospitalar, Dália teve o apoio de sua mãe para colaborar com os cuidados com seu bebê. Os demais filhos de Dália nasceram a termo. No momento da entrevista, a filha de Dália estava com 08 anos.

Hortência (33 anos)

Hortência, 33 anos, casada e mãe de dois filhos. Sua experiência com a prematuridade foi na sua segunda gestação e seu bebê nasceu com 35 semanas. Hortência se apresenta como uma mulher de muita fé e se apegou a sua religião para se fortalecer durante o período em que seu filho esteve internado. Após a alta hospitalar, Hortência contou com o apoio de seu marido para construir a nova rotina familiar. No momento da entrevista, seu filho estava com 09 anos.

5.2 Emoções e dificuldades face à prematuridade

Ao questionarmos as mães entrevistadas sobre como foi vivenciar uma maternidade de um bebê prematuro, as mães trouxeram as emoções e dificuldades que envolveram essa experiência. *“Triste, né? Porque a criança prematura sofre e a gente também”*, foi assim que Violeta descreveu o seu encontro com seu bebê prematuro. Diante da expectativa de um parto, construída desde o início da gestação, em que, nas fantasias, é o momento de um encontro feliz e intenso, temos, em seu lugar, a descrição de um parto triste e sofrido e uma experiência solitária, anteriormente idealizada de uma experiência vivida em dupla, na relação mãe - bebê. Ao encontro dos sentimentos expostos por Violeta, Flor de Maio faz o seguinte relato sobre seu encontro com a prematuridade e o período de internação de seu bebê: *“Lá eu me sentia sozinha, não conhecia ninguém, cada uma de uma cidade diferente, nossa, era muito solitário os dias lá né, principalmente domingo.”*

O encontro com a prematuridade é descrito pelas mães entrevistadas como um doloroso momento para si e para seu bebê. Esse encontro que foi desejado, fantasiado e esperado, quando chega de forma abrupta, retira a mulher de um espaço seguro, no qual ela se reconhecia no período gestacional. As mulheres que tiveram seu parto de forma prematura reconhecem o processo como solitário, distante dos encontros idealizados na gestação.

“Esse período pra mim foi, meio que, tipo, sem chão, sem teto, sem gosto pra nada sabe, você vive pra criança que se você tá vivo ali e procura motivo pela criança, porque você não consegue mais ter um motivo. Sabe quando outras pessoas falam que já vai passar, aquilo lá é descartado no momento que você está nessa dor, por mais que as pessoas vêm querer te abraçar, já vai passar, tudo vai dar certo. Não, não tem isso. Você quer ver isso dar certo, você quer ver, você quer sentir”. (Hortência)

A fala de Hortência, assim como a de Violeta e a de Flor de Maio, apresenta o sofrimento da vivência dessa experiência abrupta do nascimento de um bebê prematuro e da solidão sentida pelas mães. Porém, o relato de Hortência traz também o sofrimento da incerteza, o medo da perda e a necessidade das mães de acreditarem que passariam por aquele período. A ideia de “ver isso dar certo” se liga não apenas à construção de uma relação com o bebê, mas também à possibilidade de sobrevivência dele. Dar certo seria passar pelos cuidados iniciais de um bebê prematuro, garantindo, inicialmente, sua sobrevivência.

Ao olharmos o encontro com a prematuridade, temos dois campos a serem observados e discutidos. Pensamos nesta mãe, que se fez mãe de forma abrupta e inesperada, e ainda temos o bebê que, para o olhar da medicina e da psicologia, não estava pronto para o seu nascimento. O bebê, ao nascer, deverá ter um ambiente facilitador, que contribua com seu potencial herdado rumo ao amadurecimento. Diferente dos partos a termo, o bebê prematuro irá necessitar da hospitalização para o seu desenvolvimento. Neste contexto, Winnicott (1983) defende que o bebê irá necessitar de um ambiente que favoreça tanto o processo quanto o desdobramento destes estágios, ou seja, o bebê somente irá conseguir desenvolver o seu potencial para o amadurecimento se o ambiente ofertar os recursos necessários, e no caso do bebê prematuro, este ambiente é reconhecido na internação.

Nesse sentido, o primeiro ambiente vivido pelo bebê prematuro é um ambiente ligado à luta pela vida, sobreviver é o mote inicial da vida desses bebês, sendo um ambiente marcado pelas incertezas e por cuidados médicos e por intervenções de cuidado que busquem garantir essa condição. As questões afetivas e emocionais, mesmo que consideradas em contextos de humanização hospitalar e cuidados multidisciplinares em saúde, são destacadas como importantes, mas não podemos deixar de ressaltar como o discurso das mães

entrevistadas apresentava essa ideia de uma vida que se inicia na luta pela manutenção desta, o estar vivo. O sentir-se vivo de um bebê prematuro é atravessado inicialmente pelo risco, pelo temor e por cuidados e por intervenções em ambiente hospitalar que vão ser esse primeiro espaço de acolhimento, de recepção a estes que “chegaram antes do tempo previsto”. O sofrimento e a solidão sentidos pelas mulheres que se tornaram mães de forma prematura se somam aos medos e às incertezas.

Além desses aspectos, as mães entrevistadas apresentaram também o sofrimento que foi o retorno para casa sem os filhos, uma vez que estes precisaram se manter internados em unidades hospitalares por um tempo. Flor de Maio aponta: *“Aí eu chorei bastante, falei nossa, voltei pra casa, assim com vazio, né? Sem meu filho, foi bastante difícil. Não podia ninguém falar comigo que eu já chorava, sabe? Foi bem difícil.”*

Essa vivência de uma primeira separação com o bebê diante de momentos distintos em que ocorre a alta hospitalar nos possibilita pensar no sofrimento das mães relacionado também a uma separação precoce que acontece após o nascimento. Nestes casos, as mães são impossibilitadas de vivenciarem os primeiros momentos de proximidade com seus filhos e não podem exercer a função ambiental da mãe, o ambiente facilitador nesse contexto é o hospital e a equipe médica. Essa impossibilidade se apresenta como uma experiência de grande sofrimento para as mães, a impossibilidade de exercer os primeiros cuidados as coloca em uma condição de dívida com os filhos e de uma separação sentida como precoce por elas.

Moreira (2011) descreve que, na prematuridade, os corpos da mãe e do bebê se separam abruptamente, gerando um desencontro e um descompasso em seus ritmos. Nesse contexto, tanto a mãe quanto o bebê se veem prematuramente em suas funções. Além desta separação abrupta, a díade depara-se com uma impossibilidade real de proximidade física, imposta pela condição clínica do bebê e pelas rotinas médicas que o hospital impõe, fazendo com que as mães não se reconheçam em meio às relações que vão se estabelecendo diante da internação de seu bebê.

Porém, as mães entrevistadas colocam que, apesar dessas dificuldades, diante dessa experiência, elas se apegam na possibilidade de os filhos receberem esses primeiros cuidados para poderem viver, sendo essa

experiência inicial de proximidade com o filho e de cuidados iniciais, adiada. Podemos perceber, no discurso das entrevistas, que essas concebem que esses cuidados iniciais recebidos pelo bebê em ambiente hospitalar são como se fosse uma gestação continuada, como se o hospital fosse um apoio, um colaborador no cuidado e na continuidade do desenvolvimento de seus bebês, e que isso traria uma suspensão dos estágios iniciais da relação mãe - bebê pela qual elas tanto esperavam, porém, essas necessidades delas, como mães, anulam-se diante das necessidades de seus bebês.

Podemos reconhecer que a prematuridade exige uma nova organização de tempo diante das demandas do bebê e, também, da mãe. A organização temporal, cenário conhecido na gestação, desorganiza-se e leva as mães para cenários desconhecidos. Temos, na fala de Hortência, a seguinte descrição, referente ao início de sua experiência com a prematuridade:

“Você não sente saudades daquilo que você sente normalmente, você não sente, você quer estar ali com a criança, você fica meio que fria ao mesmo tempo, uma pessoa fria ao mesmo tempo, uma pessoa aquecida, né, pelo amor pela proteção, que é a criança.”

Nesse percurso, podemos perceber que as mães prematuras vivem sua experiência de maternagem construída inicialmente com o apoio de uma equipe médica que exerce então essa função dos cuidados iniciais com o bebê, o que leva à vivência de separação entre a mãe e o bebê e de uma aproximação, dentro das possibilidades de saúde e das condições de contato, que vão sendo construídas gradualmente.

Essa experiência leva a mãe a sentimentos de ambivalência com relação à prematuridade e aos cuidados com seus filhos: ao mesmo tempo em que estas se conectam aos seus bebês e à equipe médica em busca da possibilidade de que estes recebam os cuidados para sua sobrevivência, essas se sentem solitárias e separadas abruptamente de seus filhos. É como se estas mães se sentissem mães porque estão ali, acompanham os cuidados, preocupam-se e esperam pelo dia que poderão ir para casa com seus filhos, mas ao mesmo tempo se sentem também suspensas de seu papel de mãe, uma vez que necessitam desse auxílio dos cuidados hospitalares para o cuidado com os seus filhos.

Neste sentido, podemos nos remeter à teoria de Winnicott (1963) em que o autor aponta sobre as mães desenvolverem, logo no início, uma capacidade nomeada de “Preocupação Materna Primária”, uma condição em que a mãe produz uma conexão, uma disponibilidade a se conectar às necessidades de seu bebê. Ainda, neste mesmo sentido, podemos correlacionar com Pitiulik (2021) quando a autora descreve que, na Preocupação Materna Primária, está implicada a ideia winnicottiana de que, no começo da vida, deve-se exigir, dos bebês, o mínimo possível de adaptação ao mundo; aliás, bem ao contrário, é o mundo que precisa se adaptar a eles, provendo aquilo de que esses necessitam para sentirem-se bem recebidos.

Sendo assim, ao olharmos para o nascimento de um bebê prematuro, inicialmente, compreendemos que a preocupação materna primária é atravessada por intervenções médicas, e ainda, por sentimentos maternos de impotência diante da fragilidade de seu bebê. Kehl (2019) aponta que ao atentar para o surgimento dos mínimos potenciais adaptativos do bebê, a mãe o ajuda a desenvolvê-los- “de acordo com o que ele tem a oferecer no momento e com a fase do desenvolvimento em que se encontra”. Identificamos, assim, uma onipotência materna que idealiza ser fonte exclusiva de cuidado de seu bebê, fantasia esta alimentada no período gestacional, quando a simbiose mãe - bebê estabelece esta relação. No entanto, diante dos atravessamentos ocorridos com o parto prematuro, há, nos discursos das mães entrevistadas, a concepção de que as necessidades médicas anulam a sua capacidade de cuidado de seu filho.

Ao considerarmos a preocupação materna primária exercida pelas mães de bebê prematuro, devemos considerar o exercício médico que se antecipa a esta condição materna, o que pode influenciar a relação mãe-bebê, seria aqui a antecipação da “preocupação médica primária” diante da “preocupação materna primária”. A partir das falas de nossas entrevistadas, pudemos perceber as dificuldades das mães de vivenciarem essa mediação dos saberes e dos cuidados médicos sobre os cuidados maternos nos estágios iniciais da vida de um bebê prematuro. Ao mesmo tempo que estas reconhecem a necessidade e a importância desses cuidados, e os percebem como um apoio nesse período, estas se sentem distantes de seus filhos, precocemente separadas destes e substituídas pelos médicos, enfermeiros e pelas incubadoras e cuidados/intervenções que estes oferecem.

No discurso materno referente à prematuridade, há a projeção, na equipe médica, dos cuidados essenciais ao seu bebê, e um deslocamento do que era a função materna, transformando-se em função médica. Com relação aos cuidados de seu bebê, Flor de maio descreve: *“Ah, eu me senti nervosa assim, mas também, né? Assim, bem, eu vi ele tava sendo bem tratado, né, porque eu também tinha convênio, eu acho que se fosse pelo SUS mesmo, eu não teria tanta confiança”*.

A confiança estabelecida com a equipe médica aparece como um facilitador neste processo, em que as mães, diante de seus sentimentos de medo e angústia, traduzem na equipe médica a busca por segurança e cuidado com seu bebê. A relação com a equipe médica é também identificada na fala de Orquídea: *“daí as enfermeiras tinham tempo, né, desse apoio com o pai, com a mãe, eles explicavam muito assim todos os procedimentos que iam fazer, o que estava acontecendo, os médicos, todos atenciosos, bem-preparados, foi assim o que ajudou bastante.”*

Diante da experiência com o parto prematuro, na ausência de sua possibilidade de exercer os cuidados maternos, e a partir dos sofrimentos, medos e angústias sentidas pelas mães, há uma expectativa na equipe médica, projetando nesta equipe as funções de cuidado e de manutenção da vida, as quais seriam a função que iriam exercer com seu bebê. A oferta de um ambiente que possibilite o processo de amadurecimento do bebê é reconhecida como função desta equipe. Esta relação, certamente, será permeada de conflitos, no sentindo de que há uma gratidão pela promoção de vida do bebê, mas também há os sentimentos de angústia devido ao atravessamento da equipe com as funções maternas.

“Então, assim o sentimento que eu tinha mesmo era que parece que não pertencia a mim. (Orquídea). No discurso de Orquídea, ela ilustra os seus sentimentos diante de seu bebê, reconhecendo-se como não pertencente àquela história. Assim, podemos considerar que, se o bebê não pertence à mãe, é porque ele pertence à equipe médica. É esta equipe que irá nutrir o bebê, dentro das suas necessidades, em seu processo de amadurecimento pessoal.

Podemos reconhecer, então, que a equipe médica irá ser o norte para que as mães possam construir a sua relação com seu bebê. No início, a medicina deve garantir a vida do bebê, para que esta mãe possa se reconhecer neste

processo da sua relação com seu bebê. É possível compreender esse processo como se as mães necessitassem de uma “autorização” para se vincular ao seu bebê, o qual, inicialmente, não irá poder contar com seus cuidados para a manutenção de sua vida.

Neste contexto, podemos correlacionar o discurso apresentado pelas mães com a ideia de Scarabelo (2017) a qual destaca que as mães, então, sentem-se destituídas da capacidade de serem mães, em grande parte devido ao fato dos cuidados primordiais para sua saúde do bebê serem advindos de outra fonte, que não à pertencente aos seus domínios. Também pela sensação de que os filhos não lhes respondem como elas esperam que eles o fizessem, não demandando ainda (ao menos de maneira explícita) seus cuidados ou afeto. Isso faz com que essas mulheres suponham que não são úteis e/ou necessárias ao seus bebês naquele momento de suas vidas.

O saber médico se torna a base dos cuidados com o bebê prematuro, porque, além das necessidades deste bebê, temos nas mães uma ausência de informações sobre a prematuridade. As mães entrevistadas destacaram sua falta de conhecimento acerca da prematuridade. Dália afirma: *“A gente vê assim na televisão, né? Coisa um caso assim específico de um bebê que nasceu pequenininho e tal, mas acho que você está vivendo aquilo é totalmente diferente”*.

Sendo assim, as repercussões da prematuridade passam, também, pelo processo de ir se informando e se conscientizando das demandas dos cuidados do seu bebê. A ausência de informação faz com que as mães estejam em um papel de maior vulnerabilidade, e quem corresponde a estas informações trata-se da equipe médica.

Assim, temos as mães em um cenário de desconhecimento, que desorganizou toda uma expectativa, construídas durante (e certamente, anterior a) o período gestacional. Anteriormente, todo terreno da maternidade era reconhecido, pois o tema maternidade é amplamente divulgado socialmente, no entanto, o tema prematuridade se limita a poucas campanhas esporadicamente. Dália nos mostra a sua pouca informação em seu discurso e a proporção da experiência com a prematuridade.

Dessa forma, é comum que o discurso médico ocupe o lugar das conjecturas e fantasias maternas sobre o bebê e suas necessidades,

prejudicando o investimento materno e o reconhecimento do bebê como sendo seu (Ferrari & Donelli, 2010).

Violeta, ao descrever sua experiência com a prematuridade, faz o seguinte relato *“Acho que o sentimento é ruim, depois, né? Depois que a gente vai pensar, né?”* Neste discurso, temos que, no início da construção das relações mãe-bebê-médico, as mães ainda não possuem um discurso, não possuem uma representação, e o contexto não pode nem ser pensado, o que ilustra o tamanho da distância entre o que foi desejado e o que está sendo vivenciado.

Este contexto do encontro da prematuridade é um campo que, além dos sofrimentos, medos e angústias, ainda há nas mães sentimento de culpa e de impotência diante de toda experiência que lhe é apresentada.

“Ah, muito difícil, né? Uma tristeza imensa, um sentimento de que a criança ia morrer a qualquer momento, sentimento de perda, insegurança, que eu não fui capaz de..., né? Gerar ela até o final.” (Dália)

Dália nos apresenta seu misto de sentimentos, que transitam entre o medo de perder seu filho, e sua incapacidade em conseguir ofertar ao seu bebê o suficiente para que seu nascimento ocorresse a termo. Há neste discurso a presença de uma ideia de onipotência materna, com uma crença de que é possível às mães a oferta de todo recurso necessário ao seu bebê, e o lado oposto desta onipotência é a impotência sentida pelas mães do bebê prematuro.

O encontro com a prematuridade é também um encontro com a questão do luto. A prematuridade aciona alertas nas mães as quais necessitam enfrentar situações de riscos para seu filho. A internação é a garantia da vida do bebê, mas é atravessada pela resposta do bebê diante dos cuidados médicos. Assim, a mãe do bebê prematuro precisa lidar com os lutos da maternidade idealizada, e precisa enfrentar os riscos clínicos que seu bebê sofre no decorrer da internação.

“Assim, foi assim, com medo, né, porque eu vi outras mães perdendo filhos delas lá, né. Então, assim, teve mãe que saiu, que ficou junto comigo que depois que o filho saiu do hospital morreu, então assim era muito cuidado” (Flor de Maio)

As mães dos bebês prematuros descrevem em seu discurso que o encontro com a prematuridade as insere em um lugar de encontro com sentimento de culpa, impotência, medos e a presença de lutos, diante de uma gestação idealizada, anteriormente. Os sentimentos descritos irão acompanhar a sua trajetória materna com este bebê que nasceu de forma prematura, desde o nascimento, seguindo aos anos de desenvolvimento dos filhos. O processo de alta hospitalar não anula os sentimentos vividos, ao passo que todas as experiências posteriores nos cuidados com os filhos serão afetadas por todos estes sentimentos vividos diante do parto prematuro. (LIMA, 2020).

Flor de Maio fez o seguinte relato sobre seu encontro com a prematuridade:

“Quando eu fui ver ele, eu assustei, falei, meu Deus, será que é meu filho muito pequenininho, muito, né? Não tinha cílio, não tinha sobrancelha, né? Tipo, aí, eu fiquei assim, e tipo, e era só eu, porque minha mãe não podia ver, meu marido não podia ver, era só eu, né? Só eu então.”

Nesse discurso, temos a palavra “assustei”, e ao que esta palavra se refere? Qual susto que essas mães podem vivenciar? É o susto de não se reconhecer como fonte de vida ao seu bebê, que se apresenta pequeno demais, sem traços e expressões que os cílios e sobrancelhas permitem. Há no discurso um susto por não reconhecer aquele bebê, a fragilidade apresentada por ele ser “tão pequenininho” e os medos decorrentes disso, e em meio a esta experiência, há, também, a descrição da solidão que acompanha a mãe do bebê prematuro.

Temos em Rabelo (2006) que a mãe se encontra insegura, com sentimento de culpa por não ter tido a capacidade orgânica de gerar um filho saudável. A maioria dos prematuros nasce doente e a mãe, nesse contexto, passa a experimentar vários sentimentos, incluindo medos, incertezas e angústias.

As mães constroem, durante a gestação, uma relação tão íntima com seu bebê, a qual a fortalecem para os cuidados no nascimento de seu filho, e que é diretamente afetada pelo nascimento prematuro. O medo e os sentimentos de incapacidade dos cuidados com seu bebê podem ser ilustrados na fala de Dália, a qual descreve que *“Então, foi tudo muito difícil, porque tinha que ter cuidado dobrado, né? Não podia pegar sem lavar as mãos, tinha que sempre estar se*

cobrando com alguma coisa porque ela era muito pequenininha né? Muito frágil. Então foi bem difícil". Hortência compartilha dos mesmos sentimentos quando descreve que *"Eu acho, assim que eu tipo meio que era incapaz de cuidar de um bebê porque não tinha experiência, né. Não tinha experiência com bebês prematuros. E eu sempre assim imaginei que eles são muito sensíveis"*.

As fantasias das mães referente a um bebê que nasceu antes do tempo permeiam a ideia de um excesso de cuidado, que no campo da realidade estas mães não se reconhecem como capazes de se tornar as provedoras deste cuidado. Quando as mães ilustram seus sentimentos diante desta experiência se utilizam de expressões no superlativo, para que a compreensão de proporção das dificuldades fique em maior evidência.

Assim, os relatos das entrevistadas coadunam com as ideais apontadas por Scarabelo (2017) em que podemos identificar que o encontro com a prematuridade representa para as mães um encontro permeado por inseguranças, sentimento de culpa, impotência e encontros de lutos. Este encontro antecipado repercute nas mães sentimentos de incapacidade tanto nos cuidados com o bebê, quanto a sua condição de gerar um bebê saudável. Tais sentimentos são expressos nas falas das mães entrevistadas e, em especial, a presença dos medos ao se deparar com um bebê tão frágil, ao mesmo tempo em que se faz necessário elaborar lutos de planos construídos durante a gestação, há a presença do medo em perder o seu filho.

O encontro com a prematuridade que se inicia no parto prematuro e atravessa todo o período de internação, em que as mães sofrem as experiências elencadas, estabelece um novo capítulo vivido com a proximidade da alta hospitalar do seu bebê.

A alta hospitalar do bebê é reconhecida como um marco de superação na trajetória destas mães, em que as fantasias de morte vividas durante a internação dão espaço a um bebê que está se constituindo, e caminhando rumo ao seu processo de vir a ser. Assim, a possibilidade de alta hospitalar representa a possibilidade do resgate da relação mãe e bebê, para além do atravessamento médico. Nos discursos das mães entrevistadas, podemos observar a fantasia de que somente se tornou mãe no dia da alta, e não no dia do parto prematuro de

seu filho. Podemos identificar que o papel materno somente pode ser reconhecido após a alta hospitalar, que seria o momento a qual ela concebia como o ideal para o nascimento do bebê e retorno para casa.

A alta hospitalar pode ser representada como o momento em que mãe e bebê estão prontos para dar continuidade à parceria, atravessada, anteriormente. Assim, temos em Winnicott (1966/2006), que esse processo irá contribuir com a integração do bebê, porque a integração é facilitada quando o bebê e a mãe estão prontos para continuarem uma parceria após o nascimento; no caso do bebê prematuro, a parceria será após o alcance da alta hospitalar.

Rabelo (2006) aponta que o preparo das mães deve ocorrer durante toda a internação, na tentativa de reduzir expectativas que venham a dificultar a adaptação da família com o bebê prematuro.

A possibilidade da alta corresponde, também, ao desenvolvimento de novas expectativas da mãe, diante de seu bebê. A ideia, inicialmente, idealizada de ser única fonte para seu filho, será, diretamente, atravessada por toda experiência vivenciada no período de internação. Os medos, angústias, sofrimentos darão espaço para outros sentimentos, mas não serão anulados na nova rotina materna.

As mães entrevistadas apontaram sentimentos de incapacidade nos cuidados necessários ao seu bebê. Flor de Maio fez o seguinte relato sobre seu retorno para casa: *“Assim, eu tinha muita dificuldade, medo, né? Um medo também. Medo de fazer uma coisa errada, mas assim eu estava no leite, eu dava mamadeira, sabe? Eu sempre ficava passando no médico direto.* No discurso de Flor de Maio, identificamos a presença da medicina dentro da sua rotina em sua casa. A insegurança diante das demandas de seu bebê faz com que ela permaneça vinculada a esta relação triangular: mãe-bebê-médico.

Para melhor ilustrar o exercício materno no retorno para casa, seguiremos para a próxima categoria, com análise de conteúdos referentes ao retorno para casa e a rede de apoio.

5.3 Redes de apoio e tornar-se mãe no retorno para a casa.

A possibilidade de ir para a casa, junto de seu bebê, é um momento desejado e esperado pelas mães, e, inicialmente, reconhecido como a oportunidade de resgate da relação mãe-bebê, anteriormente atravessada pelo saber médico.

“Nossa, pra mim foi muito emocionante assim, quando eu tive alta, a minha mãe já estava lá fora me esperando, meu marido, meu avô, né? Já passei na casa da minha vó, já passei, né? É pra mostrar, e toda a minha família, me acompanhando, foi bem emocionante, né?”

Nas declarações de Flor de Maio, identificamos o resgate de uma experiência que foi desejada durante a gestação, quando, após o nascimento do bebê, há a apresentação à família. A prematuridade atrasa esta apresentação, que somente poderá ser vivida após o período de internação e de alta hospitalar. A ação de Flor de Maio, de apresentação de seu filho para sua família, vem como a representação de vitória, diante dos obstáculos enfrentados desde o parto prematuro.

Além disso, a apresentação para a família pode ser pensada como uma efetivação da inscrição da criança no grupo familiar, quando, ao apresentar o filho à sua família, a mãe pudesse obter o reconhecimento da sua criança pelo grupo familiar, legitimando seu lugar de pertencimento. Há também o reconhecimento dessa mãe enquanto mãe, buscado no caso de Flor de Maio a partir dessa apresentação, como também a busca do apoio do grupo familiar nessa travessia a ser percorrida no retorno para casa.

A transição da alta hospitalar para casa é um momento em que as mães, apesar da alegria do retorno para casa com seus filhos, vivenciam como um desafio, onde a construção da conexão com o bebê vem acompanhada das orientações médicas e da manutenção dos cuidados iniciados no ambiente hospitalar. O retorno para casa vem acompanhado de uma expectativa da mãe em relação ao seu papel materno, como se agora elas pudessem efetivar-se na função de mãe de seus filhos, mas também, irão continuar com suas

inseguranças e medos diante dos desafios do cuidado com um bebê prematuro. Neste cenário, a busca pela rede de apoio se apresenta como essencial.

No discurso de Flor de Maio, podemos, também, identificar a presença de uma rede de apoio, onde ela relata que a experiência da alta foi assistida por sua mãe, seu marido e seu avô. A partir da alta hospitalar, a rede médica dará espaço para outra rede de apoio, que é constituída de pessoas que fazem parte da história dessas mães. Temos, na fala de Flor de Maio, a presença de seus familiares no cenário de retorno para a casa, apontando, assim, que esta fase inaugura novas redes de apoio, anteriormente representada pela equipe médica.

Esteves (2023) afirma que a experiência emocional da mãe e do bebê nascido prematuro desafia a compreensão, porque as mães do bebê prematuro atravessam diversos sentimentos, que se iniciam no parto e acompanham as mães e os bebês durante toda sua trajetória. Temos em Winnicott uma grande contribuição à teoria psicanalítica, ao incluir o mundo psíquico primitivo do bebê em sua teoria, nesse lugar “onde a verbalização perde todo e qualquer significado” (Winnicott, 2006, pp. 82). O autor ajudou a iluminar fenômenos até então negligenciados pela teoria psicanalítica, como a experiência do nascimento de um novo ser e os fatores que a facilitam. Ele atribuiu grande importância à sustentação ambiental – cuidados confiáveis, previsíveis e contínuos – como facilitadora do desenvolvimento emocional. No caso do bebê prematuro, inicialmente, este ambiente trata-se do espaço hospitalar e, posteriormente, com ganhos alcançados, com o retorno para casa, o bebê prematuro poderá se beneficiar do ambiente familiar como facilitador para seu desenvolvimento.

Com relação ao retorno para casa, Orquídea fez o seguinte relato: *“Daí que realmente eu falo que caiu minha ficha, que eu tive né, parece que aquele parto foi naquele dia”*, em que podemos identificar que a compreensão do parto ser no dia da alta hospitalar está atrelada a uma ideia que a partir da alta é que ela teria a permissão para exercer a sua maternagem com seu bebê.

Hortência fez os seguintes relatos referentes ao retorno para casa com seu bebê:

“Mesmo estando com a minha saúde lá pra baixo, mas assim, eu já me sentia um super-herói, tipo, eu sentia aquela pessoa que dava pra sair pulando, correndo, gritando, uma pessoa muito feliz, realizada com ele do lado ali, um momento de tipo assim, você quer ficar com ele o tempo todo, não quer dar pra ninguém, se tornou aquela mãe protetora.”

A fala de Hortência, assim como de outras entrevistadas, traz a alegria vivida no momento da alta hospitalar, trazendo o alívio pela vida do filho, mas também pela possibilidade de estar mais próxima do bebê, de ter contato com ele e de finalmente poderem exercer a maternagem do modo como esperaram. Podemos identificar que os atravessamentos médicos fazem com as mães não se reconheçam como parte daquela relação, mantendo-se numa posição periférica diante da dupla médico-bebê, e o retorno para casa representa o resgate da relação.

Com relação a este processo, da alta do bebê e do exercício materno após o retorno para casa, temos em Leão et. al. (2017) a afirmação de que, da mesma forma que a recuperação do bebê é um processo, para a mãe, é um processo ir se tornando mãe daquele bebê. Isso constrói um vínculo com ele e retomando as primeiras identificações, que foram interrompidas quando do nascimento prematuro.

Sendo assim, os autores completam, que se apresenta, de forma evidente, a necessidade de envolver a mãe nos cuidados com seu bebê já na UTI Neonatal, com o auxílio de uma equipe qualificada e de acordo com as especificidades de cada caso. Isso possibilita uma preparação para a alta hospitalar, de modo a promover uma continuidade entre os cuidados no hospital e em casa, o que pode ter resultados e reverberações nos cuidados com o bebê após a alta, concluem os autores.

Nesse sentido, as ideias apresentadas por Leão et.al. (2017) coadunam com as discussões de Winnicott que considera o exercício da função materna algo do campo da relação entre a mãe e o bebê que vai sendo progressivamente construído e que tem grande importância em sua recepção no mundo e no modo como este vai construindo sua possibilidade de estar no mundo.

Deste modo, a relação mãe-bebê que se inicia atravessada pelo ambiente hospitalar, mesmo com esse exercício de aproximação sendo realizado pela equipe médica, é algo que pode efetivamente se estabelecer com maior proximidade somente com a alta hospitalar, trazendo para as mães a alegria de poder sentir-se presente nessa relação. Mas também as inseguranças da construção de uma maternagem que inicialmente dependeu de cuidados médicos específicos para com o seu bebê, sendo de extrema importância que a equipe médica faça essa transição, estimulando e apoiando as mães a assumirem o exercício da função materna.

Referente ao papel da equipe médica no desenvolvimento de ações que promovam o exercício materno diante de um bebê prematuro, Dália descreveu a seguinte experiência:

“Eu aprendi lá no hospital com uma médica que ela falava assim: ‘Dália, você não tem que falar: aí, por que que isso tá acontecendo comigo?’ Não, pra que que isso tá acontecendo? Tem o porquê, então você tem que se encontrar, você tem que entender qual é o propósito disso que tá acontecendo, alguma finalidade tem. Foi isso que eu aprendi”.

Hortência também relatou o quanto o auxílio recebido durante o período de internação foi essencial para que ela pudesse resgatar o seu papel diante dos cuidados de seu bebê: *“Eu estava acompanhando, já fui treinada lá, então eu vim treinada pra cá. E aí eu já queria atuar com meu jeito.”*

A relação mãe-equipe médica é considerada pelas mães como uma relação que oportuniza a aprendizagem do cuidado com seu bebê, ou seja, a equipe médica é quem oferta a mães os recursos necessários para que possam exercer sua maternagem. O treino é reconhecido como um empoderamento da maternidade, entretanto também pode mobilizar nas mães ainda mais a sensação de invasão de sua maternagem, já tão afetada pelos procedimentos médicos comuns à internação.

Flor de Maio descreve *“É porque o horário pra tudo, né? Tem que levantar, tem que voltava pra casa, né? Horário era muito”*. Os horários são apresentados

pelas entrevistadas como um controle exercido na relação com seus filhos. A rotina hospitalar é apresentada como um entrave para a sua função materna, a qual somente pode se organizar a partir das disponibilidades ofertadas pela equipe médica. Deste modo, a alta hospitalar apresenta a liberdade diante deste controle.

Reconhecendo a necessidade desta reconstrução do papel materno diante do bebê prematuro durante a internação, promovendo recursos na mãe para que ela possa exercer a sua função quando retornarem para casa, temos no discurso de Dália a descrição dos seus sentimentos diante da alta hospitalar:

“Nossa, quando eu recebi a alta, meu Deus, eu fiquei muito feliz, eu nem acreditava. Eu falava, meu, achei que não ia ter fim, quando teve, eu falei: ‘não, não acredito, e agora, o que eu vou fazer?’

A sensação de não ter mais médicos e enfermeiras o tempo todo, como apontado por Dália, ao mesmo tempo em que traz insegurança, traz liberdade e a possibilidade de resgate de uma espontaneidade dessa relação. Deste modo, as mães entrevistadas descreveram o período de internação como uma fase permeada de angústias, medo e controle médico, sendo este controle reconhecido como essencial para o cuidado com o bebê prematuro.

Assim, todo protocolo hospitalar não permite que elas pudessem vivenciar a experiência do cuidado com seu bebê, vivenciando o sentimento de perda de autonomia diante da sua vida e da vida de seus filhos. Deste modo, a alta hospitalar apresenta a liberdade diante desse controle, porém, as mães apontaram que esta organização médica deixa ressonâncias em suas experiências de retorno para casa, pois se sentiram inseguras diante desse retorno e dos cuidados necessários com seus bebês. A dupla mãe-bebê irá reaprender a se comunicar de forma alinhada, sem os entraves de uma equipe médica atravessando a relação.

“Como que eu vou ficar medindo pressão, medindo tudo sozinha? O que que eu faço, né?”. Aí foi esse sentimento de muita felicidade, mas muita preocupação, né? Por agora ser só eu, né? Não ia ter mais os médicos, as enfermeiras.” (Dália)

Nesse sentido, podemos compreender que o misto de sentimentos no retorno para casa é consequência de toda experiência hospitalar nas vivências destas mães, durante o período de internação. Ainda no discurso sobre o retorno para casa, temos nas mães a presença de sentimentos de inseguranças e dúvidas se conseguirão dar o suporte necessário aos cuidados de seu bebê.

Com relação a estas angústias destacadas pelas mães durante as entrevistas, podemos compreender que há uma dificuldade em se reconhecer como a mãe suficientemente boa para o seu bebê, após os atravessamentos médicos os quais foram expostos. O termo suficientemente boa foi nos apresentado por Winnicott e temos em Piltluk (2021) a seguinte explicação: “suficientemente bom” contém a ideia de um atendimento suficiente para que o potencial daquele ser em constituição possa se desenvolver.

O retorno para casa representa a possibilidade desta mãe ofertar o seu *holding*, *handling* e as apresentações de Objeto, condições essas comuns ao exercício materno, sendo traduzidos como as funções de uma mãe suficientemente boa, conforme nos aponta Winnicott (1945).

Para que a mãe possa se apresentar como suficientemente boa para seu bebê, será necessário que a mãe também esteja em um ambiente que possa dar suporte a esta relação, assim, as mães entrevistadas apontaram como rede de apoio os seus membros familiares. Winnicott descreve que, para que as mães possam ofertar um ambiente estabilizado para seu bebê, é necessário que elas, também, pertençam a um ambiente que promova esta díade. Inicialmente, segundo Winnicott (1945), seria a figura paterna o responsável por ofertar este ambiente para que a mãe possa ir se construindo diante de seu bebê. No caso das mães de bebê prematuro, como colocamos na categoria anteriormente apresentada, o ambiente inicial que promove essa sustentação para essa díade é o ambiente hospitalar, que com a alta hospitalar passará a ser representado também pelo parceiro, pelo pai ou pela família extensa: “*Meu esposo, minha mãe me ajudaram muito, porém eu não queria que ninguém, mesmo eu não conseguindo, eu não permiti que ninguém desse banho nele, só eu mesmo.*” (Hortência)

Na fala de Hortência, temos a descrição da presença de uma rede de apoio, que é reconhecida como uma sustentação da sua relação com seu bebê.

No entanto, em sua fala, fica claro que ela quer exercer o cuidado adiado pelo processo de internação hospitalar, e que esta rede, diferente da experiência hospitalar, deverá ter um limite na atuação com seu bebê.

Desse modo, entendemos que, para essas mães, o exercício do cuidado com seu bebê é a maneira de ir se constituindo como uma mãe suficientemente boa para ele. No exercício da maternagem, a teoria de Winnicott nos aponta que uma das funções maternas é a de segurar (*holding*) e de manipular por meio dos cuidados corporais (*handling*) o seu bebê, para que ele vá se constituindo rumo ao seu processo de amadurecimento.

Assim, entendemos que quando Hortência descreve que seria ela a responsável por dar o banho em seu filho, podemos reconhecer que o banho é a sua oportunidade de representação desta função, ou seja, é a oportunidade de ofertar o *holding* e o *handling* para seu filho, e ir se apresentando como uma mãe suficientemente boa. E para além disso, é como se ao se responsabilizar por esses cuidados, do segurar, do banho, que ela pudesse ir se sentindo no exercício da função materna, recuperando algo que foi “adiado” pela hospitalização do bebê.

Nesse sentido, apesar da rede de apoio ser importante na sustentação dessa mãe em sua função, vemos que estas, no retorno para casa, buscam quase que uma “exclusividade” nos cuidados, como se fosse uma reparação para o período de “suspensão” que vivenciaram da sua função de mãe. Essa compreensão também se apresenta no discurso de Dália, a qual fez seguinte relato sobre o seu retorno para a casa com seu bebê: *“Com certeza. Se ela conseguiu, né? Sair, se ela lutou e veio embora pra casa, por que que eu ia ficar, né? Com medo, não, eu tinha que mostrar pra ela que a mãe dela tava aqui”*.

Dália descreve, em seu discurso, a sua disposição em dar o seu suporte para sua filha, e reconhecemos, em sua fala, a presença de um ambiente contínuo e estabilizado, o qual Winnicott (1964) aponta como a base das relações ambientais. Dália, a partir da alta de sua filha, posiciona-se diante dela como uma condição de estar ali por ela, constituindo sua maternagem na presença e na constância de seus cuidados, sendo esta sua maneira de oferta de *holding* e *handling* ao seu bebê.

Deste modo, entendemos, pelos relatos de Dália e de Hortência, que a rede de apoio é reconhecida como um suporte para o seu exercício materno,

entretanto, diferente da condição de apoio vivenciada no hospital, a mãe exerce seu desejo em ser a protagonista nos cuidados com os filhos. O espaço ofertado para esta rede é estabelecido para que as mães possam se sentir efetivamente exercendo sua função, efetivamente se conectando com seu bebê.

O exercício da maternagem no ambiente familiar é a possibilidade desta mãe restaurar suas funções, assim podemos considerar que esta restauração é a oportunidade de que as mães possuem na elaboração de sua maternagem, do seu cuidado com seu bebê, momento importante e necessário para a dupla mãe-bebê ir se constituindo.

Com a experiência da prematuridade, diante dos cuidados especiais que um bebê prematuro necessita, as mães apontaram, em seu discurso, a presença de figuras femininas na oferta desta sustentação. Flor de Maio, sobre sua rede constante de apoio, afirmou que: “Minha mãe sempre ficou comigo”. Sobre sua rede de apoio, tivemos, no discurso de Orquídea, também, a presença das figuras femininas: “a avó do meu marido, a avó dele, a princípio, quando eu saí do hospital já tava aqui, né, já estava aqui.”

Ao discriminar a sua rede de apoio, Violeta citou: *É minha sogra, minhas tias, minha mãe, as minhas irmãs, acho que todo mundo mesmo*”, e ainda fez o seguinte complemento: “*Sorte que os homens não achavam ruim, né?*”

Podemos observar, neste discurso, o reconhecimento do cuidado como uma fonte da função feminina. Diante da necessidade de cuidados especiais, as mulheres da família é que deveriam se mobilizar para se constituir como rede de apoio. Ainda, temos um discurso de gratidão diante da aceitação dos homens em permitir que as mulheres pudessem ofertar esta rede.

O papel da mulher dentro da nossa sociedade sofreu diversas mudanças, conforme descrito no primeiro capítulo desta dissertação, porém pudemos perceber como uma lógica que associa o feminino e a maternidade ainda impera em nossa sociedade. Nas falas de nossas entrevistas, pudemos observar como as mães de bebês prematuros reproduzem a afirmação histórica e socialmente constituída de que os cuidados com o filho são funções somente do campo feminino.

O resgate histórico nos permite olhar e reconhecer em qual cenário a função feminina foi sendo estabelecida, função que foi atravessada pelo patriarcado (Badinter,1985,2010), e ainda, pelas biopolíticas de controle

(Birman, 2007), em que a função de cuidados com os filhos foi sendo discriminada como função do papel feminino. Um exemplo em que essa questão se explicita é a construção de um olhar para a amamentação como aquele que viabiliza reconhecimento de amor e cuidado, indicando, no corpo da mulher, a responsabilidade de cuidado e de manutenção de saúde do filho.

Assim, é importante destacar que as mães de bebê prematuro vão reproduzindo o discurso de fontes de cuidado no campo feminino, até mesmo sem questionar o papel dos homens diante das adversidades que atravessam, sendo suas redes essencialmente constituídas por figuras femininas.

Essa sustentação ofertada pelas redes apoio são facilitadoras para que as mães possam ir constituindo o seu papel diante de seu bebê, ofertando este ambiente para que seu filho possa realizar seu processo de amadurecimento e alcançar a condição de “eu sou” (Winnicott, 1983). Temos, em Dália, o seguinte discurso:

“Eu sempre fui muito pra frente, sabe? Eu sempre fui muito: é, minha filha, e eu vou conseguir, então tudo que aparecia de dificuldade, está respirando muito, né? Não está respirando muito bem, está com resfriado, alguma coisa: não, vamos dar um jeito, vamos comprar remédio”.

No exercício de sua maternagem, podemos observar que Dália, ao estar em sua casa, na presença de sua rede de apoio, reconhece-se como cheia de potencialidades diante da necessidade de seu bebê. Dália constrói seu exercício da maternidade como a figura que representa o cuidado e a fonte das soluções da necessidade de seu bebê, e assim, seu bebê vai recebendo os cuidados ambientais, para seguir rumo ao seu processo de amadurecimento e alcançar sua condição do “eu sou”.

Deste modo, percebemos o quanto a presença dessa rede se constitui como um ambiente facilitador não só para o bebê, mas também para que a mãe possa ir progressivamente assumindo o seu papel materno. Os cuidados hospitalares, com a alta hospitalar, vão sendo também progressivamente substituídos por um cuidado familiar que exercita a função ambiental apresentada por Winnicott (1983) como de grande importância no processo de amadurecimento, que inicialmente se liga à construção dessa vinculação entre a mãe e o bebê.

Nesta categoria, exploramos as experiências da maternidade prematura, após seu retorno para casa e os benefícios e a necessidade de as mães contarem com sua rede de apoio. Com o retorno para casa e a rede de apoio, as mães de bebê prematuro podem reorganizar as funções desta rede, onde a rede de apoio tem o papel coadjuvante dentro das funções de cuidado estabelecido com os filhos.

As mães de bebê prematuro têm a sua oportunidade de assumir o protagonismo diante dos cuidados seu bebê, rompendo com o seu papel de coadjuvante vivenciado durante o período de internação. Mas para que essa vivência seja possível, a rede de apoio apresenta-se como essencial, compondo a configuração desse ambiente provedor que recebe a criança e também sua mãe.

Entretanto, diante das mães entrevistadas, a partir de seus relatos, podemos identificar que a experiência da internação do seu bebê, após o nascimento prematuro, é uma experiência que tem repercussões no exercício de sua maternidade para além do período de hospitalização. Sendo assim, para melhor explorar esta temática, daremos continuidade e, na próxima categoria, iremos discutir sobre as repercussões da prematuridade no exercício da maternidade.

5.4 Culpa, cuidado e superproteção: as repercussões da prematuridade no exercício da maternidade.

As experiências vividas durante o período de internação de um bebê prematuro acarretam às mães repercussões que irão acompanhá-las no exercício de sua maternidade, para além do período de internação e das primeiras fases do desenvolvimento infantil. No discurso das mães entrevistadas, o choque com a experiência e as implicações da prematuridade continuaram afetando seu exercício materno, nos anos que se seguiram no desenvolvimento de seus filhos. As mães entrevistadas apontaram conteúdos que giraram em torno de superproteção, medos, inseguranças.

Flor de Maio descreveu que reconhecia que estabeleceu um cuidado de superproteção com o filho:

“Assim, foi assim, com medo, então assim era muito cuidado, o meu filho, eu criei ele muito, muito fechado, até me arrependo, tipo não colocava no chão, ele demorou pra andar, demorou mais pra falar, assim eu tinha muito cuidado nessa parte assim”.

Observamos, no discurso de Flor de Maio, que sua conduta de superproteção era no sentido de evitar e/ou prever qualquer situação de risco para seu filho, em que a presença do medo de perder seu filho, instalado na experiência da internação hospitalar, continuou percorrendo sua experiência materna.

Identificamos, ainda, uma tentativa de controle da manutenção da vida do filho, manifestada na superproteção, em que Flor de maio reconhece, na independência do filho, a presença de riscos, revivendo, assim, o medo da morte diante do desenvolvimento de seu filho. Diante disso, a superproteção do filho é um mecanismo de defesa que ela estabeleceu para si, no sentido de se proteger de situações as quais possam colocá-la diante de situações que recordem a fase de internação, e o medo de perder o filho.

Sendo assim, podemos compreender que a mãe do bebê prematuro, após fazer este resgate da relação, e de poder experimentar a maternidade de uma forma mais próxima de cuidado com seu filho, dá destaque ao cuidado e às fantasias de onipotência diante de seu bebê. E ainda, a fragilidade presente nas necessidades iniciais de seu filho faz com que as mães interpretem que esta fragilidade permanece durante as fases seguintes do desenvolvimento da criança.

Durante o período de internação, há a presença do medo de perder o seu filho. E conforme descrito acima, um não reconhecimento da mãe em se reconhecer como fonte de proteção de seu filho, no entanto, ao se reconhecerem nesta função, as mães desenvolvem mecanismos na tentativa de se evitar o medo da perda dos filhos. Hortência faz os seguintes relatos sobre como o processo de internação de seu filho ainda reverbera no seu exercício da maternidade:

“Sem hora de descanso. Tem horas assim que eu fico naquele momento angustiante, aquele momento ruim que, ao mesmo tempo que você está lembrando de tudo, você não quer lembrar e você quer esquecer, então você está, tipo assim, você quer dominar sua mente, no mesmo momento, você lembra de tudo que você quer esquecer e, se alguém perguntar o que você tá pensando, você nem sabe o que você está pensando”.

As lembranças da internação de seu filho permanecem vivas na memória de Hortência e afetam, diretamente, sua relação e seu cuidado com seu filho. Estas lembranças resgatam seus medos e angústias, as quais ela deseja não lembrar, mas reconhece que, em certos momentos, fazem-se presentes.

“Assim, eu tenho muito medo assim de perder o meu filho, eu fico com isso na minha cabeça, eu não consigo, e ele fala assim: ‘aí, mãe, quando eu crescer, eu vou ter moto’ e eu já, pra mim já vem, eu não consigo, na minha mente, eu tenho medo de perder meu filho, então qualquer coisa assim, eu fico preocupada, de ele sair e demorar, sabe?” Flor de Maio

Flor de maio relatou seus medos sobre perder seu filho no contexto presente, sendo possível reconhecer que as raízes desta angústia se estabeleceram com o nascimento prematuro. A raiz destes sentimentos foi naquele momento em que estava planejando vivenciar experiências de vida e de nascimento, mas teve que enfrentar angústias e medos, com sofrimento diante de processos de luto e de medo de perder seu filho.

Com relação a medos e angústias, a base de tais sentimentos é o receio de que as mães dos bebês prematuros possuem com relação a perder este bebê, com fantasias referentes à morte, as quais são acompanhadas do processo de internação, que é vivenciado entre altos e baixos na saúde do bebê.

Iaconelli (2007) descreve que reiteramos a noção de que a modernidade lida com as questões relativas à morte, evitando o contato com a angústia por meio da negação do sofrimento, alimentando a fantasia onipotente de superação da finitude por intermédio da tecnologia médica. Sendo assim, nos casos de nascimento prematuro, há uma expectativa na medicina sobre a manutenção de vida de seu filho, como se fosse a medicina quem deveria autorizar a construção e manutenção do seu vínculo com seu filho.

Tinoco (2013) esclarece que é evidente que a forma com que as mães vivenciam a prematuridade repercute no processo de transição para a maternidade, afirmando que a prematuridade é uma experiência que afeta profundamente o psiquismo da mãe. Esta repercussão é ilustrada nos discursos das mães entrevistadas, quando nos apontam a superproteção na tentativa de se evitar novas experiências de perdas diante de seu filho.

Fernandes (2016), em seu estudo, reconheceu a dependência em termos emocionais nos relatos maternos, diante da experiência da maternidade prematura. Na relação mãe e criança, as mães identificaram dificuldades, as quais atribuíram ao contexto de prematuridade pelo qual passaram, relatando inseguranças que lhes acompanhavam desde a época de internação da criança, considerando assim, que o impacto da prematuridade ecoa, de forma mais direta, no psiquismo materno, como se as mães absorvessem o período crítico pelo qual a díade passara anteriormente, afirmou a autora.

Assim, a compreensão do período crítico é descrita no medo e nas angústias que as mães de bebê prematuro sentiram durante o período que sucedeu o parto e percorreu toda a experiência da internação.

A maternidade prematura interage diretamente com a presença de um luto. O luto pelas perdas dos objetos idealizados antes e durante o período gestacional, bem como necessitam lidar com as fragilidades de um bebê, pois o risco de morte assombra as mães que acompanham os filhos na internação em UTI Neonatal. TINOCO (2013).

A constituição deste vínculo com o bebê prematuro é atravessada por toda essa experiência que transita no medo de perder seu filho e na necessidade de se elaborar os lutos. Isso ocorre para que se tenha espaço para a construção de sua maternagem diante de seu filho, no resgate das relações que foram atravessadas pela medicina. Assim, a tradução destes medos e angústias, os quais constituem o psiquismo das mães de bebê prematuro, são ilustrados na continuidade do desenvolvimento dos filhos. As mães entrevistadas trouxeram questões relacionadas ao padrão de desenvolvimento e se utilizaram o termo “normal” para estabelecer uma comparação entre seus filhos com outras crianças.

Podemos compreender que inserir os filhos no campo do “normal” diante do desenvolvimento é uma tentativa das mães de se reconhecer em solo

padronizado, que afaste a indicação de riscos, e, certamente, novas experiências de luto.

“Então, é o tamanho, né, você meio que comparar, achar que não vai crescer, que não vai querendo ou não, até um certo tempo, você acha que não vai ser uma criança tão normal, né, vamos se dizer. Graças a Deus, nasceu perfeito.” Orquídea

O campo do normal pode ser ilustrado como a busca de um terreno conhecido e solo estabilizado, diante de tantas instabilidades vivenciadas anteriormente. A ideia de normalidade também é apontada no discurso de Flor de Maio: *“fazia um monte de coisa, acompanhava o crescimento dele pra ver se estava normal, né? Passava no endocrinologista e tudo, sabe?”*

Neste cenário, podemos reconhecer que o termo “normalidade” pode representar uma tentativa inconsciente dessas mães em resgatar um encontro estabilizado, inserido nos padrões apontados como normais nos desfechos que vivenciaram. A expectativa de que seu filho cresça “normalmente” remete a sua possibilidade de exercer uma maternidade como foi idealizada na história de sua gestação, e até mesmo, anterior a esta fase.

Deste modo, podemos entender que é como se o acompanhamento de um suposto desenvolvimento “normal” dessas mães trouxesse para elas um reestabelecimento de uma “ordem natural” tanto do desenvolvimento da criança, quanto de sua função de mãe e que esta só poderia ser atingida a partir de seus cuidados, sempre acompanhados dos cuidados médicos.

Nesse movimento, percebemos que, mesmo após a ida para casa, os cuidados maternos continuam sendo vinculados aos cuidados médicos, como um suporte e uma segurança no exercício da maternidade. Porém, essa situação, como aponta Costa, 1979 (Ordem Médica e norma familiar) não é uma questão que envolve apenas a situação da prematuridade, a partir do século XIX, a intervenção da medicina na vida familiar passou a nortear os cuidados e os modelos de exercício, principalmente, da maternidade.

Todavia, destacamos que, no caso da prematuridade, a fala das mães apresenta essa conexão como algo muito importante para que estas possam

garantir que seus filhos sejam providos para se desenvolverem dentro dos padrões pré-estabelecidos.

Diante disto, podemos reconhecer que esse cuidado ligado à superproteção da criança deve ser pensado como um medo de uma nova separação, ou de um novo processo de internação que impossibilite o exercício dessa maternidade mais próxima. Tinoco (2013) aponta sobre o impacto da internação na vida das mães, e na fala de nossas entrevistadas percebemos que estas temem a qualquer momento terem que voltar ao hospital, e passar por tudo novamente, deste modo buscam o controle das situações protegendo os filhos de qualquer possível risco e, muitas vezes, cerceando o seu contato com outras pessoas e sua sociabilidade.

Além disso, percebemos que as mães fazem constantemente uma comparação de seus filhos com outras crianças nascidas a termo, como se apresenta na fala de Orquídea: *“E pelo fato também da dependência, que nem ele demorou sentar. Mais de um ano para ele sentar, imagina, um bebê normal é cinco/seis meses, né, senta sozinho.”*

A comparação presente nas relações dos bebês prematuros com os demais bebês pode repercutir e fortalecer nas mães fantasias relacionadas à necessidade de uma superproteção, em que a diferença de tempo para o desenvolvimento das habilidades remete a uma necessidade de proteção, e não somente a uma real necessidade do organismo do bebê em ir adquirindo as habilidades para as quais tem potencial.

Assim, a comparação é reconhecida pelas mães como a justificativa da necessidade da superproteção com os filhos, no entanto, entendemos que as mães estabelecem essa superproteção no sentido também de preservar a si mesmas de qualquer experiência que possa correlacionar com os sentimentos vividos durante a internação do bebê, ou seja, a superproteção tem uma função de mecanismo de defesa.

Ao considerar a superproteção como uma defesa, na tentativa de se evitar situações de riscos para seu filho, as quais são impensáveis para a mãe vivenciar, novamente, podemos compreender que as mães acabam por reduzir as potencialidades de desenvolvimento do seu filho. Na teoria de Winnicott

(1960), há a descrição de que o desenvolvimento infantil ocorre em estágios, sendo possível discriminá-los em: fase da dependência absoluta, fase da dependência relativa e rumo à independência.

Para que o bebê possa desenvolver o seu potencial inato de desenvolvimento, no início, as relações são de total dependência de um outro ser humano, representado pela figura materna. Posteriormente, após ganhos alcançados em cada fase, o bebê vai remodelando a sua relação de dependência, passando pela fase da dependência relativa e seguindo para o rumo à independência.

Para Winnicott (1963), não há fase de total independência, porque somos indivíduos que se constituem em relações circulares de dependência. Assim, identificamos nas mães entrevistadas que a experiência com a internação afeta a sua relação no desenvolvimento de seu filho. As mães estabelecem com os filhos um congelamento na fase da dependência absoluta, temendo que o crescimento do bebê seja um risco para si.

A correlação entre crescimento e risco mobilizam nas mães as angústias vivenciadas anteriormente, assim, a manutenção da dependência contribui para que as mães se reconheçam como fontes de cuidado e de manutenção da vida de seus filhos. A onipotência desenvolvida por essas mães pode ser considerada, também, como mecanismo de defesa, desenvolvido diante das experiências vividas, ilustrado na tentativa de controle de qualquer situação que as aproxime de possibilidades de perda e/ou novos processos de luto, durante o desenvolvimento dos filhos.

Neste sentido, temos em Flor de Maio o seguinte relato: *“Eu não desligo, não durmo, eu tenho insônia. Penso que não posso dormir porque tenho que ver ele. Violeta, também, falou sobre seus episódios de insônia: “Até hoje eu não sei o que que é dormir. Eu nunca fui muito boa de sono mesmo, então com criança, pior ainda”.*

Flor de Maio e Violeta se inibem de uma função orgânica, da função de restauração do nosso organismo, necessária para a manutenção de sua saúde, com as fantasias de que poderão dar conta das necessidades de seu filho, mesmo após o estabelecimento de seu crescimento. A vigilância do cuidado se

torna um sintoma de ansiedade, o qual, possivelmente, irá reverberar em outras áreas de sua vida:

“Eu tomo remédio para ansiedade mesmo, só não tomo para dormir porque tenho medo. Depois do Broto de Flor de Maio eu demorei 05 anos para fazer o exame de Papa Nicolau. Eu não me cuidei, só cuidei dele.” (Flor de Maio)

Podemos identificar o quanto o exercício materno, diante da prematuridade, é permeado de exigências internas, com um suposto “dar conta” de todas as demandas do filho. As mães se reconhecem no exercício materno como a única fonte de cuidado com os filhos., sendo a ideia central é evitar qualquer experiência que aproxime aos sentimentos vividos no início do histórico do bebê.

As mães entrevistadas descrevem suas experiências com a ansiedade, a insônia e o descuido com sua saúde, acreditando que a conduta que estão estabelecendo com os filhos irá afastar novas situações de riscos, e tais riscos têm a base no medo de perder seus filhos, que foi instalado logo após o nascimento prematuro de seu bebê, ou seja, no exercício de sua superproteção com o filho, há o descuido consigo mesma.

Nos discursos maternos, observamos a presença de uma sobrecarga em sua maternagem, e uma anulação de sua individualidade, reconhecendo-se somente no exercício materno. Assim, podemos entender que este modelo de função materna tem suas raízes nas fantasias dessas mães, as quais têm o fantasma da culpa as perseguindo. A culpa consolidada quando não conseguiu manter sua gestação, o que culminou na prematuridade e em todo sofrimento vivido.

É possível reconhecer nos relatos das mães entrevistadas os efeitos para sua saúde mental da experiência com a prematuridade, a qual permanece atravessando a relação com seu filho, durante seu desenvolvimento. Os sintomas de ansiedade demonstram a tentativa de estar em alerta em caso de qualquer necessidade, anulando a potencialidade e recursos que cada fase de desenvolvimento oferta ao seu filho, e a capacidade que eles irão desenvolver no enfretamento de situações de risco.

Como suporte diante destas experiências, durante as entrevistas, foi possível, ainda, observar, nos discursos maternos, um apoio na religião para suportar as situações vivenciadas, explicar as motivações para o sofrimento vivido, e, na religião, concentrou-se a tentativa da aceitação da prematuridade:

“Acho que por isso que eu aceitei tudo mais fácil porque era um sonho meu, se Deus quis dar assim, então é assim que eu vou aceitar” (Violeta)

“Graças a Deus, eu sou uma pessoa que tem muita fé. Graças a Deus, sou de uma família bem católica. São as provações de Deus, eu digo né. Que Deus não dá a cruz que você não pode carregar, né.” (Orquídea).

Tinoco (2013) afirma que o exercício da maternidade prematura atravessa, além da confiança na capacidade do bebê, a representação da maternidade potente que também se relaciona à confiança e à valorização de si mesma enquanto mãe, confiança em Deus e confiança na equipe médica. Neste sentido, Bousso et.al (2011) aponta que a religiosidade é uma estratégia de enfrentamento em caso de problema de saúde que leva à busca de necessidade de compreensão do sofrimento. Para os autores, a fé religiosa funciona como apoio emocional e social, sendo depositária da força e da esperança.

Assim, as mães, que se sustentam na religião como suporte e apoio diante do sofrimento vivido, reconhecem na representação divina a onipotência diante de sua vida e de seu filho. Reconhecer a onipotência divina repercute nas mães uma tentativa de compreensão de sua potência nos cuidados com os bebês, dando margem à compreensão de suas fragilidades e angústias.

Entretanto, a religião se estabelece como um apoio, mas também com a função de que as mulheres mereciam vivenciar aquela experiência, ou seja, o sofrimento vivenciado foi uma autorização divina e que deveria ser suportado, colaborando com as mães no sentido de que elas devem se reconhecer como culpadas por vivenciar a prematuridade.

O exercício desta maternagem é construída na tentativa de se afastar situações que possam remeter ao luto experienciado na fase inicial do desenvolvimento dos filhos. As mães entrevistadas fizeram as seguintes percepções de si, diante de suas vivências maternas, após toda a experiência com a prematuridade: *“Não que a gente não fique triste, não que a gente não tenha medo, né? Que ninguém é supermãe aqui”* (Dália), *“Eu acho que mais*

difícil foi isso. Aceitar daí essa outra etapa” (Orquídea), *“Dificuldade foi assim é de aceitar né a prematuridade”* (Flor de Maio).

Quando as mães apontam questões sobre a aceitação da prematuridade, podemos nos remeter a uma compreensão do significado da prematuridade, tanto nas experiências pós-nascimento do seu bebê, quanto nas experiências diante do desenvolvimento do seu filho. Aceitar a prematuridade corresponde à aceitação da nova trajetória que será vivenciada, a partir daquele encontro que ocorreu de forma abrupta, no nascimento do bebê.

Assim, as mães passam por diversos processos na constituição de seu papel, e conforme já descrito nesta categoria, a presença de relações dependentes norteia o exercício materno, nas mães que tiveram seus bebês de forma prematura. Durante o crescimento dos filhos, diante das separações comuns às fases de desenvolvimento, poderão remeter nas mães as angústias vivenciadas na separação abrupta que o parto prematuro ocasionou, e ainda, as mães podem correlacionar a separação com o ato de abandonar seus filhos, reconhecendo nas separações, também, a presença de riscos.

Nos estudos realizados por Tinoco (2013), ficaram evidenciadas questões relacionadas ao exercício materno após a experiência da prematuridade, em que a autora destacou que o modo como essas mães vivenciaram a prematuridade repercute no processo de transição para a maternidade, na relação com o bebê e no desenvolvimento delas como pessoas. Isso confirma, a partir de sua pesquisa, que a prematuridade é uma experiência que afeta profundamente o psiquismo da mãe à medida que altera a percepção que esta tem a respeito de si e do mundo que a cerca. A autora completa que as consequências de um nascimento prematuro não estão relacionadas apenas às dificuldades fisiológicas do bebê e não se limitam ao período posterior ao nascimento. Os dados apontados na pesquisa de Tinoco (2013) correspondem aos discursos apresentados pelas mães entrevistadas, as quais apontaram os atravessamentos da prematuridade no seu exercício materno.

No exercício da maternidade prematura, para além das repercussões que esta experiência acarreta, temos mulheres na constituição de seu exercício da maternidade, que ainda buscam corresponder a uma expectativa social do papel materno, que insere a maternidade idealizada, de uma mãe totalmente dedicada

aos filhos, os quais correspondem a padrões impostos da maternidade, que foram se construindo em modelos burgueses de referência.

Sendo assim, a partir daquele encontro que ocorreu de forma abrupta, no nascimento do bebê, as mães passam por diversos processos na constituição de seu papel, e conforme já descrito nesta categoria, a presença de relações dependentes norteia o exercício materno nas mães que tiveram seus bebês de forma prematura. A dependência está configurada na necessidade materna de se estabelecer num cenário reconhecido e estabilizado, em que elas possam se sentir seguras.

Diante dos conteúdos explorados nas categorias, seguimos para as considerações finais, fechando nosso percurso nesta pesquisa e sintetizando alguns dos aspectos que pudemos compreender neste trabalho, em especial ao exercício materno diante da experiência da prematuridade e do retorno para casa.

Considerações finais

Este trabalho caminhou no sentido de se compreender como acontece a maternagem das mulheres que tiveram o parto prematuro, e após os atravessamentos médicos e retorno para a casa. Na nossa sociedade, há um forte olhar para a maternidade. Para a maternidade que se encaixa em um padrão ideal de encontro da mãe com seu bebê. Do bebê com sua família. Entretanto, os efeitos e consequências para o não alcance dessa relação idealizada é um tema pouco explorado nos contextos sociais.

A maternidade prematura está inserida na história do papel feminino na nossa sociedade. Este papel sofreu diversas alterações, que foram norteados pelas transformações que foram ocorrendo na sociedade ao longo da história.

A partir de novas configurações as quais a sociedade foi atravessando, gradativamente, o papel feminino foi se moldando em novos formatos. Entretanto, os formatos não eram a partir de escolhas, planos e ideais femininos, mas sim, a partir da necessidade de uma sociedade. Com as discussões sobre a biopolítica, pode-se compreender como a medicina começou a ter poder sobre os corpos e exercer controle sobre eles. Nesse contexto, o corpo feminino foi reconhecido em sua função reprodutora, e a mulher foi, então, colocada em um novo papel: a maternidade.

Nossa sociedade foi construindo modelos de exercício materno, ditando regras e nortes, baseados em pressupostos burgueses, em que o patriarcado direcionava o controle. Porém, nesse caminho de transformação, observamos diversas apresentações de vivências da maternidade: temos, na história, famílias com grande número de filhos. Nesse cenário, mulheres se reconheciam somente no exercício materno. Temos, no presente, o questionamento do papel que a mulher deseja exercer, para além da maternidade, a busca de novas possibilidades da construção de sua história, na tentativa de confrontar o papel que nos foi designado. Temos uma forte corrente que tenta romper com os cercados da mulher-mãe, para também estar atuante no mercado de trabalho, políticas, e demais espaços os quais a mulher se interessar, além da possibilidade da mulher de assumir o desejo de não se tornar mãe.

No entanto, o feminino e a função materna, ainda, estão entrelaçados. À mulher, cabe a função de reprodução. E sim, para além da idealização da

maternidade, temos mulheres reais, que se dedicam aos filhos a partir de suas possibilidades e condições.

Neste contexto, ao olharmos para esta mulher real em seu exercício materno, podemos ilustrar esta capacidade materna com que Winnicott (1963) descreve com relação à “Preocupação Materna Primária”. Este termo pode ser reconhecido como uma conexão da mãe com seu bebê. Essa conexão que vai se constituindo durante o período gestacional, e segue nos meses iniciais do desenvolvimento do bebê, que acabou de chegar a este mundo. Então, temos uma mãe conectada ao seu bebê, que espera, ansiosamente, por sua chegada. Prevista. Aguardada.

Para além desta chegada prevista e aguardada, temos os bebês que nascem de forma prematura, atravessando todas as expectativas maternas e antecipando o encontro da mulher, mãe, com seu bebê. Assim, a prematuridade carrega consigo experiências impensáveis, as quais as mães terão que enfrentar. Com sua chegada antecipada, possivelmente, o bebê não terá condições físicas de se manter, necessitando de intervenções hospitalares que possam garantir sua vida. Temos, então, o início da elaboração de lutos nesta mãe que, ao mesmo tempo, precisa lidar com os lutos dos planos construídos, precisa enfrentar o fantasma da morte, os sinais clínicos é que irão direcionar o desenvolvimento deste bebê. O exercício da preocupação materna primária é atravessado pelas repercussões da maternidade prematura.

A literatura nos aponta muitas pesquisas sobre a maternidade durante o período de internação em UTI Neonato, considerando as dificuldades e particularidades presentes neste momento do nascimento. A mãe deverá ir constituindo sua maternidade diante de todo o atravessamento médico. Deverá construir sua maternidade além da dupla mãe-bebê, a partir de um trio: bebê-equipe médica -mãe.

Conforme as mães entrevistadas apontaram, este período é permeado de angústia, sofrimento, medos. A ausência de informações sobre a prematuridade é um dos fatores que contribuem com tais sentimentos. Temos aqui um importante dado: a maternidade é divulgada em sua plenitude e idealização. Quando foge a esta regra, não há divulgação, não há informação. Salvo em situações de pequenas campanhas, em curtas semanas.

Assim, a mulher deve ir descobrindo a prematuridade, ao passo que necessita dar conta das demandas emocionais que está atravessando. Inicialmente, a equipe médica é reconhecida como a rede de apoio, que ao mesmo tempo em que sustenta os cuidados com o bebê, pode ser reconhecida pelas mães como uma interferência na sua função materna. Esta relação aponta a necessidade de um cuidado, e temos na literatura a presença de pesquisas referente à temática da humanização hospitalar.

Entretanto, o encontro com a prematuridade está além desta fase inicial das experiências. As mães entrevistadas apontaram que seu encontro com a prematuridade foi permeado de medos, incertezas e angústias. A base dos sentimentos de medos é o risco de morte que o bebê sofre ao nascer e não ser capaz de se manter vivo por vias naturais. As mães sofrem lutos construídos durante a gestação e até antes deste período, e enquanto há a exigência da elaboração do luto da maternidade idealizada, estas mães necessitam enfrentar as experiências que a internação exige. Neste momento, a função da mãe suficientemente boa, tão explorada por Winnicott, é exercida pela mãe a partir das autorizações médicas e das indicações da equipe. Nas entrevistas, as mães apontaram o quanto as regras do hospital atravessavam este exercício, mas ao mesmo tempo em que sofriam estes atravessamentos, as mães iam constituindo sua maternidade.

A constituição desta maternidade, que foi atravessada pela medicina, e se estabelece com sentimentos de medo, angústias e processos de luto não irá repercutir somente nesta fase inicial do desenvolvimento dos filhos. Podemos compreender neste trabalho que, durante o período de desenvolvimento dos filhos, os sentimentos vivenciados pelas mães continuaram afetando a construção de sua maternagem. As mães descreveram sua tentativa de evitar riscos diante do desenvolvimento dos filhos, desenvolvendo relações de superproteção com eles. Esta superproteção traduzida em uma tentativa de se evitar novos riscos ao filho pode ser reconhecida como um mecanismo de defesa desenvolvido pelas mães para que elas possam se proteger de qualquer experiência que remeta a novos lutos diante de seu filho. As mães nos mostraram uma tentativa de controle no desenvolvimento do filho como uma tentativa de restauração de uma maternidade estabelecida em um padrão dito normal de realização.

Temos aqui, então, uma tentativa destas mães em restaurar sua maternidade, estabelecidas em padrões impostos, e mães que tentam se colocar até de forma onipotente diante das necessidades dos filhos. No entanto, essa condição de exercício materno afeta a saúde mental dessas mulheres, as quais apontaram sintomas de ansiedade, ausência de cuidado consigo mesmas e insônia. Ou seja, na tentativa de restauração de uma maternidade idealizada, há a presença do adoecimento materno.

É importante destacar, ainda, que as mães entrevistadas apontaram conteúdos referente a uma culpabilização diante de sua não condição em conseguir dar continuidade à gestação. Assim, a superproteção com o filho é a sua oportunidade em restaurar esta culpa. A mulher que se tornou mãe de um bebê prematuro tenta, durante o desenvolvimento do filho, compensar as experiências sofridas ao passo que, também, tenta se distanciar dos sentimentos vividos após o nascimento, em especial, dos processos de lutos. Entretanto, podemos reconhecer que este exercício da maternidade ainda afetado pelas experiências iniciais é uma demonstração de que as mães de bebês prematuros apresentam a experiência da prematuridade como uma vivência traumática, que precisa de um processo de elaboração, sendo necessária a retomada dessa experiência de forma que elas possam compreender aquilo que foi vivido.

Nesse sentido, ao nos debruçarmos sobre a experiência da maternidade prematura e do retorno para casa, pudemos entender o quanto o sofrimento apresentado pelas mães está articulado, não só à vivência da prematuridade, mas também a uma ruptura com um ideal social construído sobre o que é uma boa mãe e dos padrões e expectativas que ainda recaem sobre as mães na atualidade. A prematuridade em si já é uma experiência que afeta e ressoa na maternidade dessas mulheres, mas esta é somada pelas cobranças ligadas à idealização da maternidade em nossa sociedade.

Assim, nesta pesquisa, pudemos reconhecer o quanto é importante pensar a maternidade no campo da pluralidade, que está além dos pressupostos sociais, os quais as mulheres tentam corresponder. Observamos também que nossa sociedade ainda reconhece a maternidade como uma experiência singular, que não apresenta relação com as experiências reais vividas pelas mulheres.

Deste modo, podemos considerar que o contexto hospitalar tem sido um espaço de cuidado e de humanização, e diversas pesquisas têm sido desenvolvidas neste campo. Entretanto, é importante destacar que, além do cuidado hospitalar com a mãe e o bebê, é uma necessidade urgente refletir e discutir acerca da idealização da maternidade presente em nossa sociedade. Esta unifica a maternidade, coloca-a sob um único padrão, imputando mais sofrimento às mulheres que não conseguem exercer essa maternidade idealizada e padronizada.

No caso da maternidade prematura, pudemos observar o quanto esses imperativos sociais recaem sobre essas mulheres, tanto na culpa que sentem pela prematuridade, passando pela presença de uma rede de apoio majoritariamente feminina, quanto nas tentativas de restauração de uma maternidade “normal”, a partir do olhar e da cobrança direcionada ao desenvolvimento de seus filhos.

Neste caminho, embora acreditemos ter contemplado o objetivo proposto, que possibilitou tecer algumas considerações sobre a experiência da maternidade prematura e do retorno para casa, é evidente que este estudo apresenta limitações, o que torna necessário considerar outros nuances e dimensões que envolvem essa experiência da maternidade prematura, sendo possível apresentar outras leituras sobre o tema investigado.

Além disso, é importante destacar que a presente pesquisa teve seu início em um momento particular atravessado pela humanidade, que foi a pandemia SARS Cov-2, e a construção deste trabalho teve que se organizar diante das novas orientações estabelecidas na fase mais séria da pandemia. Sendo assim, seria interessante um aprofundamento, também, deste tema referente à experiência com a prematuridade durante a fase pandêmica, o que não se apresentou como um objetivo neste momento do trabalho.

A partir dos dados coletados nas entrevistas, podemos identificar, nas mães de bebês prematuros, a presença de um sofrimento psíquico que atravessa a sua história com a maternidade. Sendo assim, entendemos que a oferta de um cuidado com a saúde mental de mulheres que passaram pela experiência da maternidade prematura deva fazer parte das políticas públicas de saúde. Essa intervenção, com o objetivo preventivo, deve estar presente além

do contexto hospitalar, também nos serviços especializados, os quais fazem parte do Sistema Único de Saúde.

Esta pesquisa se desdobra também em outras questões, entendendo que o caminho da pesquisa nunca se fecha, abrindo sempre os olhares para o tema pesquisado, mas também se desdobrando em novas perguntas. No decorrer da pesquisa, foi possível identificar a presença do luto como um forte traço traumático para as mães. A fantasia de morte presente diante das experiências abruptas e a internação do bebê foram descritas pelas mães como um trauma que afetou continuamente a sua maternagem. Entendendo aqui o sofrimento do luto enquanto fantasia, abrimos um olhar cuidadoso para as mulheres que sofreram o luto de seus bebês, no campo da realidade, após o nascimento de seu filho. Assim, compreender a maternagem das mulheres que sofreram perdas gestacionais se abre como uma possibilidade de pesquisa futura.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1960.
- ARTEIRO, I. L. **A mulher e a maternidade: um exercício de reinvenção**. Tese de Doutorado. Universidade Católica do Pernambuco. Recife, PE, 2017.
- BADINTER, E. **Um Amor Conquistado - o Mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985
- BASEGGIO, D. B., DIAS, M. P. S., BRUSQUE, S. R., DONELLI, T. M. S., Mendes, P. **Vivências de Mães e Bebês Prematuros durante a Internação Neonatal**. Temas em Psicologia – março 2017, Vol. 25, nº 1, 153-167
- BECKER, J. L. F. **Implicações psicossociais da prematuridade na relação mãe-bebê**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, G.O. 2020;
- BIRMAN, J. **Laços e desenlaces na contemporaneidade**. Jornal de Psicanálise, São Paulo, 40(72): 47-62, jun. 2007.
- BOUSSO, R.S. et. al. **Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva na família na experiência da doença**. Rev. Esc. Enferm. USP, 45 (2), 397-403, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19: nota informativa nº 13/2020 - SE/ GAB/SE/MS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 1ª Ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
- CUNHA A. C. B. BENEVIDES J. **Prática do psicólogo em intervenção precoce a saúde materno-infantil**. *Psicologia em Estudo* 2012, disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287123554013> , acessado em 15/01/2020.
- DIAS, E. O. **A teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott**. 4 ed. São Paulo, DWW editorial, 2017
- EMIDIO, T. S. **Diálogos entre feminilidade e maternidade: um estudo sobre olhar da mitologia e da psicanálise**. Cap.2 O feminino e a maternidade: figurações e configurações, pág.: 57-117. São Paulo: Editora Unesp, 2011
- ESTEVES C.M. PICCINNI C. A. **O encontro com o primitivo na UTI Neonatal: Contribuições da clínica Winnicottiana a partir de um estudo de caso**. São Leopoldo, v. 13, n. 2, p. 500-523, ago. 2020. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983348220200002000008&lng=pt&nrm=iso>.acessos em 04 jul. 2023.

ESTEVEES, C. M. et al. **“É um Bombardeio de Sentimentos”: Experiências Maternas no Contexto do Nascimento Prematuro.** Psico-USF, v. 28, n. 1, p. 53–66, jan. 2023

ESTRELA., F.M. SILVA, K. K. A., CRUZ, M.A.C., GOMES P. N. **Gestantes no contexto da pandemia da Covid 19: reflexões e desafios.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(2), e300215, 2020

FRANTZ, M. F., & Donelli, T. M. S. (2022, junho). **Uma intervenção sutil: acompanhamento psicanalítico de pais e bebês prematuros.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 25(2), 333-360. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n2p333.5>.

FERRARI, A. G., & DONELLI, T. M. S. (2010). **Tornar- -se mãe e prematuridade: Considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso.** Contextos Clínicos, 3(2), 106-112

FULGÊNCIO, L. **Por que Winnicott?** São Paulo: Zagodoni, 2016.

FREUD, S. LUTO E MELANCOLIA (1917[1915]) In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** v. XVII, p. 185-189. Rio de Janeiro: Imago, 1988. (Trabalho original publicado em 1915).

IACONELLI, V. **Sobre as origens: muito além de ser mãe.** in GARRAFA, T. IACONELLI, V. TEPERMENAN., Parentalidade. Belo Horizonte, 1 ed. P. 11-22, Autêntica, 2022.

IACONELLI, V. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio a função materna.** Tese Doutorado Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012

KEHL, M. R. **Deslocamento do feminino: a mulher freudiana na passagem para a maternidade.** 2 ed. São Paulo, Boitempo, 2016

LARA, K. L. & Kind, L. (2014). **Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia.** Psicologia em estudo, 19 (4), 575-585. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141373722014000400575&lng=en&nrm=iso&tlng=p.

LAURENTIIS, V. R. F. **Corpo e psicossomática em Winnicott.** São Paulo: DWW Editorial, 2016.

LEÃO, L. C.S., SILVA L.R., LOPES R. C. S. **Da UTI neonato para casa: vivências maternas na pré-alta do bebê prematuro.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 22, n. 2, p. 153-164, 2017.

LÉLIS, Beatriz Dutra Brazão; CORRÊA, Jorge Miguel Cabral; MARINHO, Giovanna de Paula; ALVES, Ketlen Marinho; DUARTE, João Victor Brazão; MARINHO, Isabella de Paula; BERNARDES, Nicole Blanco. **O Sofrimento Mental das Gestantes em Meio a Pandemia do Novo Coronavírus no Brasil.** Id on Line Rev. Mult. Psic., Outubro/2020, vol.14, n.52, p. 442-451. ISSN: 1981-1179.

LOPES R. C. S. **A impossível tarefa de segurar o sol com a mão.** Revista de Psicanálise da SSPA, v.18 n 02, p. 237-253. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

PILTILIUK, L. **Winnicott e os desafios da parentalidade.** In: GARRAFA, T. IACONELLI, V. TEPERMANAN., Laço. Belo Horizonte, 1 ed. P 37-52, Autêntica, 2022.

SCAREBELO C. F. **Experiência de maternagem prematura no contexto hospitalar.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista. Assis SP, 2017;

SILVA, S. A. HERZEBERG, E, MATOS L. A. **Características da inserção da psicologia nas pesquisas clínico qualitativas: uma revisão.** Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - SP - Boletim de Psicologia, 2015, Vol. LXV, Nº 142: 097-111

SZEJER, M. A (1999). **Escuta psicanalítica de bebês em maternidade.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

TINOCO, V. **O processo de luto na maternidade prematura** (2015). In: Casellato, G. O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido. (pp. 29-47). São Paulo: Summus editorial.

_____. **Premature motherhood: emotional repercussions of prematurity on the experience of motherhood.** 2013. 156 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

TURATO E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública, p. 507-514, 2005

VIEIRA, M. C.S. **Reflexões possíveis: o olhar de Winnicott e Lacan para a constituição subjetiva.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

ZORNING, S. M. A; Morsh, D. S; Braga, N. A. (2004). **Parto prematuro: antecipação e descontinuidade temporal?** Em: O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo.

WINNICOTT, D. W. (1956). **A preocupação materna primária**. In D. W. Winnicott, O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (p. 399-405). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

_____. **O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

(1956a) **A preocupação materna primária**. In: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

_____. (1962b) **A integração do ego no desenvolvimento da criança**. In: _____. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

_____. (1963) **Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo**. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

_____. (1967b) **A localização da experiência cultural**. In: _____. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

_____. (1967c) **O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil**. In: _____. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

_____. (1971d) **Objetos transicionais e fenômenos transicionais**. In: _____. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

Anexo I

Roteiro de entrevistas

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Número de filhos: _____

1-) Quais as suas percepções sobre seu papel materno?

2-) Quais foram seus sentimentos diante do nascimento de seu filho prematuro?

3-) Quais suas informações e conhecimentos sobre prematuridade anteriormente?

4-) Quanto tempo você esperou pela alta de seu bebê?

5-) Você teve alguma figura de referência para auxiliá-la? Em caso positivo, quem foi?

6-) Quais suas facilidades e dificuldades com seu bebê durante a rotina, após voltar para casa?

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) **(Capítulo IV, itens 1 a 8 da Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Quando vamos embora? As experiências da maternidade prematura no contexto familiar”, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Kátia Cristina da Silva, RG nº 43.192.984-1.

Este termo deverá ser elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em poder do PARTICIPANTE ou de seu representante legal e a outra via em poder do pesquisador responsável.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderá ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5500 ramal 5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com o pesquisador no telefone (15) 98179-4945 ou e-mail katiasilva_psi@hotmail.com.

I. A pesquisa:

A presente pesquisa tem como objetivo refletir e compreender sobre a experiência da maternidade de mães de filhos prematuros e como se organiza a vida familiar no retorno para casa após o período de internação que sucedeu ao nascimento.

II. Procedimentos:

Você irá participar de uma entrevista presencial, previamente agendada, com duração de 01 hora e serão feitas, aproximadamente, 10 perguntas. Serão feitas perguntas abertas sobre o temada pesquisa, as quais poderão ser respondidas livremente. Com a sua autorização, estas entrevistas serão gravadas, e o áudio delas será, posteriormente, transcrito para a análise do material. Sendo importante destacar que essa pesquisa resguardará a identidade dos participantes e utilizará das gravações apenas para transcrição e análise dos relatos das entrevistas, utilizando os dados de forma exclusiva ao método da pesquisa.

O local onde será realizado as entrevistas cumprirá todos os protocolos de segurança referente a pandemia da Covid 19, respeitando o distanciamento social, uso de máscara de proteção facial e, também, será disponibilizado o álcool em gel.

III. Riscos/Desconfortos e Benefícios

A pesquisa apresenta risco mínimo, dado o reconhecimento da possibilidade de desconforto e mal-estar durante os procedimentos descritos acima. Se houver, o

participante será encaminhado para atendimento especializado na rede pública (SUS) do município onde será realizada a pesquisa. O participante tem total liberdade de não aceitar participar da pesquisa ou de se retirar da mesma a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalização, assim como, não é obrigado a responder qualquer pergunta em que não se sinta à vontade. Os dados desta pesquisa possuem cunho acadêmico científico e tem o intuito produzir conhecimento a respeito dos temas maternidade e prematuridade.

Benefícios esperados: os possíveis benefícios esperados com a realização da pesquisa referem-se à compreensão acerca da maternidade de bebês prematuros e a dinâmica familiar no retorno para a casa após a alta hospitalar. Além disso, essa pesquisa resultará em artigo científico a ser publicado em revistas da área. Nesta publicação será preservada a identificação dos participantes, garantindo o sigilo e anonimato na pesquisa.

IV. Liberdades/Garantias

Você possui total liberdade para recusar-se a participar desta pesquisa ou de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado;

Você possui total liberdade de não responder às perguntas ou não participar de momentos que possam causar-lhe constrangimento de qualquer natureza;

V. Sigilo/Anonimato

A sua participação é sigilosa, ou seja, as informações prestadas são confidenciais e em hipótese alguma serão motivo de divulgação na mídia.

Garantimos o sigilo das informações coletadas e o seu anonimato. Respeitamos a sua privacidade, mantendo em segredo as suas informações pessoais no decorrer da pesquisa e após a conclusão desta.

VI. Despesas/indenização

Esta pesquisa não resultará em despesas ou ônus para você.

VII. Publicação/devolutiva

Informamos que o resultado da pesquisa poderá ser publicado em revistas da área, colaborando, assim, na construção do conhecimento teórico-científico e nas discussões acerca da maternidade de bebês prematuros e da dinâmica familiar após a alta hospitalar. As publicações decorrentes da presente pesquisa preservarão a identidade dos entrevistados, mantendo o sigilo e o anonimato deles.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar, como PARTICIPANTE, da pesquisa “**Quando vamos embora? A maternidade prematura no contexto familiar**”. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador (a) Kátia Cristina da Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que (☐) concordo / (☐) não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Boituva, _____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante

Eu, _____, pesquisador responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do PARTICIPANTE para a participação na pesquisa.

Pesquisador Responsável

Anexo III



UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS E LETRAS -
CAMPUS DE ASSIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Quando vamos embora? As experiências da maternidade prematura no contexto familiar.

Pesquisador: KATIA CRISTINA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51882721.0.0000.5401

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.156.387

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa sobre experiência da maternidade de mães de filhos prematuros e como se organiza a vida familiar no retorno para casa após o período de internação que sucedeu ao nascimento. Serão realizadas entrevistas semidirigidas com 8 mulheres com a experiência de terem filhos prematuros. O projeto está bem delineado do ponto de vista metodológico e teórico.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão claros e bem definidos, buscam compreender e refletir com mães de filhos prematuros a experiência da maternidade e a organização familiar diante dessa condição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto descreve riscos e benefícios. Os riscos são supostos mas não definidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem grande contribuição para o campo de estudos sobre parentalidades, especialmente sobre a experiência da maternidade em situação de filhos prematuros

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados.

Recomendações:

Nenhuma

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100

Bairro: Vila Tênis Clube

CEP: 19.806-900

UF: SP

Município: ASSIS

Telefone: (18)3302-5607

Fax: (18)3302-5804

E-mail: cep@assis.unesp.br



**UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS E LETRAS -
CAMPUS DE ASSIS**



Continuação do Parecer: 5.156.387

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

O Regimento Interno do CEP prevê que o pesquisador apresente relatórios, de acordo com as datas estabelecidas pelo CEP. O não encaminhamento dos relatórios implicará no impedimento temporário da apresentação de novos protocolos, até que este regularize a situação pendente. Os RELATÓRIOS deverão ser postados na Plataforma como NOTIFICAÇÃO em formulário estabelecido pelo CEP (<https://www.assis.unesp.br/#/pesquisa/comites-de-etica/orientacoes-gerais/>) em DEZEMBRO DE 2022 e NOVEMBRO DE 2023. No relatório Final deverá se informado como foi realizada a devolutiva aos participantes da pesquisa. ATENÇÃO: QUALQUER ALTERAÇÃO NO PROJETO DEVE SER INFORMADA AO CEP COMO EMENDA AO PROJETO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1808107.pdf	17/09/2021 16:54:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	17/09/2021 16:53:43	KATIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	08/09/2021 20:14:07	KATIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Roteirodeentrevista.docx	07/09/2021 16:40:53	KATIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Quandovamosembora.docx	07/09/2021 16:32:07	KATIA CRISTINA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infrakatia.pdf	06/09/2021 17:42:25	Thassia Souza Emídio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Secsaude.pdf	01/09/2021 22:13:46	KATIA CRISTINA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100
Bairro: Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900
UF: SP **Município:** ASSIS
Telefone: (18)3302-5607 **Fax:** (18)3302-5804 **E-mail:** cep@assis.unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS E LETRAS -
CAMPUS DE ASSIS



Continuação do Parecer: 5.156.387

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ASSIS, 09 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Regiani Aparecida Santos Zacarias
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100

Bairro: Vila Tênis Clube

CEP: 19.806-900

UF: SP

Município: ASSIS

Telefone: (18)3302-5607

Fax: (18)3302-5804

E-mail: cep@assis.unesp.br