

Marina Abreu Dias

A maternidade no contexto da fibromialgia: desafios e demandas

Uberlândia

2021

Marina Abreu Dias

A maternidade no contexto da fibromialgia: desafios e demandas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Uberlândia

2021

Marina Abreu Dias

A maternidade no contexto da fibromialgia: desafios e demandas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Banca Examinadora

Uberlândia, 09 de setembro de 2021

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dr. Miriam Tachibana
Universidade Federal de Uberlândia

Me. Neftali Beatriz Centurion
Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Encerro com este trabalho uma das etapas mais importantes da minha vida, a qual lembrarei com carinho e felicidade por tudo que aprendi e vivi na UFU. O ambiente que me permitiu crescer, desenvolver, amadurecer e experienciar no sentido vivo e real a psicologia.

Ao Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres, agradeço por ter me possibilitado embarcar na maternidade e na fibromialgia, por ter me auxiliado no percurso de escrita e ter me conduzido para que eu pudesse encontrar a minha forma de expressar.

À Profa. Dra. Miriam Tachibana, agradeço pela presença desde o início da minha graduação, por ter me apresentado Winnicott, por ter me ofertado espaços para experienciar a psicologia de várias formas, incentivando a minha espontaneidade e, também, pelo laço que construímos.

À Profa. Me. Neftali Beatriz Centurion, agradeço pelo encontro durante a graduação, pelo incentivo à escrita acadêmica e por ter me ajudado a compreender as experiências da psicologia articulando com a teoria.

À minha mãe, que possibilitou olhar atentamente a maternidade, agradeço pela sustentação, pela presença, pelo cuidado e pela força que sempre me transmitiu. Ao meu pai, agradeço pela proteção, pela estabilidade, pelo caminhar junto desde o início até aqui e também pela segurança. Aos dois, agradeço pelo incentivo aos estudos e por acreditarem em mim. Ao meu irmão, agradeço por me permitir experienciar a diferença, por me mostrar a concretude das situações e ser parceiro. A minha avó, agradeço pelo cuidado, pelo carinho, pelas nossas conversas e pelas suas histórias.

Ao Rafael, parceiro de vida, agradeço por permanecer, pelo aconchego, pela confiança, por acreditar em mim e por me permitir ser espontânea. Agradeço também por trazer amor, leveza, carinho, cuidado, risadas e o brincar na rotina. Aos meus sogros, agradeço pelo acolhimento, pelas experiências compartilhadas e por toda ajuda durante esses anos.

Aos meus amigos, agradeço por me incentivarem, por estarem presentes, pela estabilidade, pela leveza, pelas risadas e por todo o cuidado. Aos meus parceiros de graduação, da psicologia e de outros cursos, agradeço pelo encontro, pelas diferenças, por me apresentar o desconhecido, por me desafiar e terem me dado o suporte necessário para crescer.

RESUMO

A fibromialgia caracteriza-se como uma síndrome reumatológica de etiologia desconhecida, sendo o principal sintoma as dores musculoesqueléticas crônicas, as quais geram limitações físicas. Além da vulnerabilidade física, há a vulnerabilidade social, devido à incompreensão, descrédito e exclusão da família, do trabalho e da sociedade como um todo. Mulheres adultas, público mais afetado, lidam com tais questões e as vivências da maternidade. Apesar das mudanças sociais a respeito da maternidade, ainda há uma naturalização do cuidado materno à mulher, o que pode ser fonte de sofrimento, indireto ou direto, à elas, principalmente sem o suporte de uma rede de apoio. Assim, mulheres-mães acometidas pela fibromialgia precisam lidar com as questões que envolvem a síndrome e a maternidade. Deste modo, este estudo buscou compreender as vivências da maternidade de mulheres com fibromialgia e como o adoecer pode influenciar - negativamente ou positivamente - a experiência de ser mãe. Trata-se de estudo clínico-qualitativo que se caracteriza como um recorte de uma pesquisa mais ampla. A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista grupal com mediador dialógico Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (PDE-T) para nortear a entrevista. As entrevistas foram gravadas, transcritas, submetidas a leitura flutuantes e analisadas a partir da obra de Winnicott. As duas participantes desse estudo apresentaram espontaneamente relatos - não analisados anteriormente - sobre as vivências da maternidade. Os resultados indicaram que ambas participantes precisaram buscar por cuidado em saúde multidisciplinar, já que as dores não melhoraram apenas com a prática medicamentosa e estavam influenciando na maternidade. As dores interferiram nas atividades diárias realizadas em casa, no trabalho e no cuidado dos filhos de ambas participantes, além disso, elas não tiveram apoio dos familiares e um ambiente que pudessem facilitar o cuidado com os filhos e auxiliar em relação aos desafios da síndrome e da maternidade. Porém, mesmo com as dificuldades e a falta de um ambiente facilitador, as participantes demonstraram o desejo de cuidar dos filhos e tentaram realizar mesmo com as limitações. Assim, os resultados apresentaram a importância do auxílio dos profissionais de saúde e dos familiares na rede de apoio a mulheres-mães com fibromialgia. Nesse sentido, é essencial novos estudos em que sejam considerados o cuidado multidisciplinar fornecido por profissionais de saúde às mulheres com fibromialgia e a necessidade da rede de apoio na construção da maternidade.

Palavras-chaves: fibromialgia; maternidade; saúde; relações interpessoais.

ABSTRACT

Fibromyalgia is characterized as a rheumatologic syndrome of unknown etiology, whose main symptom is chronic musculoskeletal pain, which generates physical limitations. Besides the physical vulnerability, there is a social vulnerability, due the misunderstanding, discredit and exclusion from family, work and society. The women who suffer from the syndrome deal with these issues and the experiences of motherhood. Despite the social changes with regard to motherhood, there is still a naturalization of maternal care for women, which can be a source of suffering, indirect or direct, to them, especially without a support network. So, this study seeks to understand the experiences of motherhood of women with fibromyalgia and how it can influence - negatively or positively - the experience of being a mother. It is a clinical-qualitative study that is characterized as part of a broader research. A data collection took place through a group interview with a dialogic mediator. The method used was Drawings-Stories Procedure with Topic (DSP-T) to guide the interview. The interviews are recorded, transcribed, submitted to floating reading and analyzed from the work of Winnicott. The two participants in this study spontaneously present stories - not previously analyzed - about their motherhood experiences. The results indicated that both participants needed to seek multidisciplinary health care, as the pain didn't improve only with the drug practice and was influencing the maternity. The pain interfered with daily activities performed at home, so they couldn't work and care for their children. In addition, they don't have the support of family and an environment that can facilitate taking care of their children and help in coping with the challenges of the syndrome and motherhood. However, even with the difficulties and absence of a facilitating environment, the participants demonstrated the desire to take care of their children and tried to perform even with the limitations. The results showed the importance of the help of health professionals and family in the support network for women-mothers with fibromyalgia. In this sense, it's essential new studies that consider multidisciplinary care provided by health professionals to women with fibromyalgia and the need for a support network for the construction of motherhood.

Key words: fibromyalgia; maternity; health; interpersonal relationships.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
1.1 Fibromialgia: caracterização geral.....	8
1.2 Maternidade: contextualização histórica.....	12
1.3 Fibromialgia e maternidade.....	16
2. Objetivo.....	19
3. Método.....	20
3.1 Marco Teórico.....	20
3.2 Desenho Metodológico.....	23
3.3 Participantes.....	23
3.4 Coleta de dados.....	24
3.5 Análise de dados.....	25
4. Resultados e discussão.....	26
5. Considerações Finais.....	38
Referências Bibliográficas.....	40

1. Introdução

1.1 Fibromialgia: caracterização geral

A fibromialgia apresenta-se como uma das síndromes reumatológicas mais frequentes no mundo, por ter uma predominância média de 2,7% entre adultos, contudo, existe uma tendência à subnotificação, principalmente, porque o diagnóstico é ancorado apenas na avaliação clínica médica (Queiroz, 2013). Embora possa acometer pessoas de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias, sabe-se que mulheres adultas são significativamente mais afetadas, sobretudo aquelas cuja faixa etária varia de 35 a 44 anos (Pereira, Valim, Zandonade & Ciconelli, 2009). No Brasil, estima-se que a prevalência da fibromialgia seja de 2%, com a proporção de 1 homem para cada 5,5 mulheres (Souza & Perissinotti, 2018).

Caracterizada como uma síndrome crônica, a fibromialgia possui uma etiologia desconhecida, devido a isso, há falta de diagnósticos e tratamentos específicos, o que prejudica a qualidade de vida de pessoas diagnosticadas (Oliveira Junior & Almeida, 2018). Os sintomas da síndrome incluem dores musculoesqueléticas crônicas, cefaléia, insônia, ansiedade, depressão, fadiga generalizada, alterações cognitivas, redução da atenção e mudanças de humor (Aragon, 2010; Oliveira et al., 2017; Oliveira Junior & Almeida, 2018).

Devido às dores, principal aspecto da síndrome, pessoas com fibromialgia possuem uma capacidade física reduzida e limitações que podem interferir nas atividades diárias, na capacidade funcional e na qualidade de vida (Oliveira et al., 2017). Assim, as dores tornam-se um componente impactante na dimensão física, social e psíquica do sujeito acometido pela fibromialgia, e podem estimular o desamparo e a vulnerabilidade (Lorente, Stefani & Martins, 2014).

De modo geral, as dores físicas, uma das principais razões pela busca de serviços de saúde, caracterizam-se como uma questão de saúde pública em consequência dos novos hábitos e do aumento da expectativa de vida, além disso, é considerada uma das dimensões primordiais

de sofrimento, juntamente com a fome e o frio, os quais resultam em impotência e submissão. As dores crônicas, especificamente, consistem em experiências físicas e também subjetivas, que se associam aos aspectos sensoriais e emocionais e se relacionam a uma lesão real ou potencial (Peres, 2019).

Na fibromialgia, ocorre o surgimento de pontos dolorosos à palpação, denominados *tender points*, que geram dores musculoesqueléticas difusas, crônicas e “invisíveis”, pois não causam alterações corporais (Lorente et al., 2014; Oliveira et al., 2019). Além disso, as dores não são associadas a alterações orgânicas e são sentidas por cada pessoa de modo diferente

As implicações da fibromialgia podem ocasionar em vulnerabilidade física, além disso, Oliveira et al. (2019) apontam que pessoas acometidas pela síndrome também possuem uma alta vulnerabilidade social. Assim, os sintomas, os efeitos colaterais de medicamentos, a falta de tratamento resolutivo e suas consequências nas relações sociais, no trabalho e na família impactam o bem-estar e a saúde de pessoas com fibromialgia.

Nesse sentido, a fibromialgia inclui, para além de questões físicas, fatores psicológicos, sociais e culturais (Oliveira Junior & Almeida, 2018). Logo, a compreensão da síndrome apenas por meio do determinante biológico (médico), baseado em procedimentos que atribuem aos sintomas conotações de verdadeiro ou falso, pode negligenciar outros fatores que relacionam com o processo de adoecimento como sobrecarga de trabalho, relações familiares e a forma como o sujeito se relaciona com o mundo (Oliveira et al., 2017).

A valorização apenas dos sintomas, das estatísticas e da prevalência da síndrome determinam aos indivíduos formas de ser e existir no mundo que os circunda, assim, perdem a singularidade dos sentidos atribuídos por cada um ao que sente, pensa e aprende na relação consigo, com o mundo e com a fibromialgia (Aragon, 2010). Dessa forma, é importante levar em consideração os determinantes sociais, culturais, biológicos e os aspectos psicológicos associados à síndrome, que são sentidos de forma diferente por cada indivíduo.

A saúde é um processo permanente que integra o social, o cultural, a história de cada pessoa e a expressão de vários determinantes combinados, como os fatores genéticos, físicos, sociais e psicológicos (Mori & Rey, 2012). Por esse motivo, a falta de um olhar multidisciplinar e, segundo Aragon (2010), a busca por explicações específicas em relação ao processo de adoecimento podem dificultar a compreensão dinâmica e recíproca do indivíduo com o meio social, histórico e cultural. Assim, torna-se ainda mais importante o tratamento personalizado e um olhar e um cuidado ampliados sobre todos os aspectos que se relacionam com a fibromialgia.

Dessa forma, na concepção de promoção de saúde, é importante observar os determinantes (biológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais) e condicionantes que envolvem determinada patologia, para auxiliar na ampliação da autonomia e singularidade dos sujeitos acometidos por uma doença, a fim de proporcionar aos indivíduos novos modos de viver, escolher e satisfazer suas necessidades (Ministério da Saúde, 2018).

Diante disso, é essencial que o tratamento de pessoas com fibromialgia seja elaborado de acordo com as particularidades de cada indivíduo e conduzido por uma equipe multidisciplinar (Freitas & Peres, 2017). De forma parecida, Oliveira et al. (2017) apontam a relevância do compromisso no cuidado em saúde e do acolhimento de cada pessoa de acordo com suas demandas. Além do acolhimento e cuidado ampliado e multidisciplinar, o apoio social é uma estratégia que pode auxiliar na promoção em saúde, o qual consiste no suporte de outros, que oferecem recursos essenciais para que a pessoa acometida pela fibromialgia possa lidar com a síndrome (Freitas, Andrade, Spyrides, Micussi & Sousa, 2017).

Muitas vezes, mulheres adultas, público mais afetado, lidam com a falta de acolhimento e apoio social ao terem seus sintomas invalidados no lar e no trabalho e também com a falta de compreensão sobre a síndrome e o sofrimento (Oliveira et al., 2017). Além disso, se deparam com variados desafios, como as limitações físicas, a falta de suporte e também os aspectos

psicológicos e emocionais associados à fibromialgia, os quais geralmente afetam suas relações interpessoais como um todo (Armentor, 2016; Juuso, Skar, Olsson e Soderberg, 2011; Oliveira et al., 2019).

A vivência da síndrome, principalmente das dores, juntamente com a falta de apoio em relação aos sintomas e aos desafios individuais diários expõem o sujeito a situações de discriminação, descrédito, exclusão e estigma social no trabalho, na família e na sociedade como um todo (Oliveira et al., 2017). Um desses desafios consiste na maternidade, em que mulheres com fibromialgia precisam lidar com os sintomas e dores e também com as mudanças decorrentes da maternidade, o que pode ser ainda mais dificultado se vivenciarem com ausência ou escassez de uma rede de apoio e suporte social.

Silveira, Tavares e Marcondes (2016) apontam que a mulher que convive com uma doença crônica pode encontrar dificuldades para vivenciar a gravidez e a maternidade devido às mudanças impostas em relação aos hábitos e a rotina, com isso, surge a necessidade de realizar um controle mais preciso dos sinais e sintomas da patologia para não os agravar, assim, não acarretar em consequências graves.

Além disso, Quevedo (2010) aponta que a presença de uma doença crônica pode ocasionar, na mulher, aflição e medo em relação às modificações que a gravidez e a maternidade podem provocar no corpo e, conseqüentemente, para a sua saúde e a do bebê. Em adição aos desafios e ao medo em relação a gestação e a maternidade, a mulher com uma doença crônica vivencia também as imposições sociais relacionadas à maternidade.

1.2 Maternidade: contextualização histórica

A maternidade passou por diversas transformações ao longo dos contextos históricos, sociais, políticos e culturais. Na maior parte dos períodos históricos, para as mulheres serem reconhecidas perante a sociedade, deveriam ser mães, o que ocasionou em uma concepção de

que os cuidados dos filhos deveriam ser somente da mulher-mãe (Moura & Araújo, 2004). Apesar da existência de novas compreensões sobre a maternidade, tal ideia ainda vigora na sociedade contemporânea e gera consequências para as mulheres em diferentes âmbitos de suas vidas.

Para compreender como foram consolidadas as concepções de maternidade, é importante entender como a mulher foi vista ao longo do tempo nas sociedades ocidentais e, conseqüentemente, como ocorria os arranjos familiares e o papel do homem. Scavone (2001) aponta que a forma como a maternidade foi compreendida em diferentes países e culturas relaciona-se às questões sociais, subjetivas, raciais/étnicas e de gênero, sendo que tais aspectos implicam na experiência da maternidade e na vida de cada mulher.

Na Revolução Neolítica, momento em que os seres humanos deixaram de ser nômades, a mulher tinha um papel social distinto do homem: enquanto ele era responsável pela busca do alimento, a mulher cuidava dos filhos e do cultivo de plantas (Azevedo & Dutra, 2019). O dimorfismo sexual e as diferenças biológicas estabeleceram uma desigualdade de poder, desde esse período, por haver uma associação dos seres humanos a outros mamíferos, de que a fêmea sempre deveria cuidar dos filhotes e o macho deveria ser ágil e caçador (Santiago & Coelho, 2007). Percebe-se que a imposição social de que a mulher deveria ser cuidadora integral dos filhos começou juntamente com a separação de papéis entre homens e mulheres.

Com o desenvolvimento da agricultura, consequência do sedentarismo, o homem passou a dominar as atividades produtivas e a ser dono de territórios, o que possibilitou o surgimento de uma organização social: o patriarcado, para o qual a propriedade privada e a transmissão de bens tornaram-se fundamentais (Azevedo & Dutra, 2019). A família patriarcal fundou-se com o homem sendo o chefe da família e com o controle rigoroso em relação às mulheres (Santiago & Coelho, 2007), as quais eram postas em um local de submissão e de responsabilidade pelos cuidados da família e dos filhos. O modo de organização da sociedade

foi determinado pela distribuição de poder, sendo a discriminação entre indivíduos e grupos definidora de padrões de dominação.

O dimorfismo sexual resultou na dominação de homens em relação às mulheres, o qual estabeleceu comportamentos sociais distintos para cada gênero, de modo que a reprodução desses comportamentos naturalizou e legitimou a dominação exercida (Porto, 2011). Tais comportamentos foram validados por discursos, regras sociais, valores, contextos históricos e pela religião e, estabeleciam que as experiências femininas estariam em detrimento das masculinas, imputando à mulher um local de objeto do homem. Azevedo e Dutra (2019) apontam que a construção dos papéis femininos e masculinos teve efeitos nos processos de socialização e nos valores culturais.

Ao longo da história, a exaltação do amor materno como algo natural, o apoio ao aumento populacional, o incentivo à felicidade conjugal e o reforço de que as mulheres deveriam se ocupar dos filhos foram aspectos importantes para ressaltar que seria parte da natureza feminina gestar, parir e ser responsável pelos cuidados da criança (Moura & Araújo, 2004).

A maternidade ocorreu de forma diferente na vida das mulheres de classes sociais distintas, pois, nas classes dominantes, a maternidade era uma vocação feminina, a qual a mulher tinha que se dedicar exclusivamente e integralmente. No entanto, nas classes operárias, as mulheres tinham que trabalhar para contribuir com o sustento do lar e se dedicar à maternidade (Scavone, 2001). Nesse sentido, apesar das diferenças, é evidente a pressão social para que as mulheres se tornem dedicadas à maternidade.

Com movimentos liberais, no século XVIII e XIX, houve transformações no papel feminino, o que possibilitou às mulheres se incluírem no mercado de trabalho para auxiliar a renda familiar. A relação com o trabalho fora do ambiente doméstico foi importante para a

autonomia da mulher e hoje está associada às novas escolhas que pode fazer, além de proporcionar satisfação pessoal e crescimento individual (Braga et al., 2018).

No século XIX, até as primeiras décadas do século XX, surgiu a primeira onda do feminismo, o qual almejava por direitos políticos e sociais iguais para homens e mulheres. Neste momento, não havia questionamentos sobre a influência da maternidade na vida das mulheres, sendo a ideia de mulher-mãe algo ainda naturalizado (Azevedo & Dutra, 2019). Assim, as reivindicações do movimento feminista estavam relacionadas aos direitos trabalhistas das mulheres como a licença maternidade e também mudanças relacionadas ao voto feminino (Vásquez, 2014).

Com a educação formal e profissional, mais mulheres foram ocupando um espaço público e ingressando no mercado de trabalho, no entanto, a exclusividade do cuidado e educação para com os filhos eram mantidas como responsabilidade da mulher. Por isso, nesse contexto, a partir da criação de métodos contraceptivos, a maternidade passou a ter um caráter reflexivo, segundo o qual as mulheres poderiam escolher ou não ter filhos, baseando-se em fatores econômicos, subjetivos e sociais tanto da mulher quanto do casal (Scavone, 2001).

Além disso, nesse período, o discurso médico foi se apropriando de temáticas que envolvessem o corpo da mulher e suas especificidades e, conseqüentemente a maternidade; o parto, por exemplo, sofreu interferência médico-hospitalar e a medicina passou a normatizar procedimentos e controlar as experiências individuais de cada mulher. A medicina foi se definindo como a área que conseguiria responder dúvidas femininas sobre o processo de gravidez e cuidados com o bebê (Vásquez, 2014). Assim, além das imposições sociais em relação à maternidade, as mulheres passaram a lidar com o saber médico determinante da época. Atualmente, as vias de parto e as experiências individuais de cada mulher não precisam necessariamente estar relacionadas às interferências médicas.

Na segunda onda do movimento feminista, passou-se a questionar mais incisivamente a imposição social da maternidade às mulheres. Por volta dos anos 60 do século XX, surgiu a reivindicação sobre a divisão das tarefas domésticas e o cuidado dos homens para com os filhos (Gradvohl et al., 2014). A partir da década de 1980, iniciou-se um processo de investimento emocional do homem e da mulher para a construção de uma forma diferente de maternidade e paternidade, de modo a exaltar o compromisso emocional e o cuidado que ambos devem ter para com a criança (Moura & Araújo, 2004). Esse processo de cuidado compartilhado ainda hoje precisa ser consolidado, pois muitas famílias vivenciam a maternidade e o cuidado dos filhos apenas atribuído à mulher.

Percebe-se que aspectos históricos, culturais e sociais contribuíram para a construção de representações sociais sobre a mulher, que existem até hoje e concederam à figura feminina um lugar designado à maternidade. Atualmente, a maternidade já não é vista como algo natural e a mulher ainda tenta se desprender desses espaços impostos e se aproximar de novas escolhas (Braga et al., 2018). Dentre as novas possibilidades, a de não ser mãe.

Mesmo com novas possibilidades, ainda há discursos que naturalizam posturas das mulheres em relação aos filhos que poderiam ser realizadas também por homens e associam a mulher à maternidade, ao cuidado e ao amor materno. Colares e Martins (2016) apontam que os discursos que vinculam a maternidade ao cuidado e ao amor materno fazem com que as mulheres vejam a necessidade de se identificarem para serem reconhecidas e valorizadas perante a sociedade pelo cuidado do lar e dos filhos. Por meio desses discursos perpassados em gerações e pela representação social da maternidade, as mulheres entendem o que devem fazer e serem ao assumir o papel social de mãe.

Dessa forma, as responsabilidades atribuídas à mulher em relação à maternidade não deixam de ser uma tentativa de subordinação feminina ao patriarcado por reproduzir papéis sociais, ressaltando as diferenças de poder entre os gêneros (Porto, 2011). Essas pressões

histórico-culturais perpetuadas por séculos e reforçadas por discursos sociais causam sofrimentos em gerações de mulheres, de modo direto ou indireto, em relação ao fato de serem mulheres e ao exercício da maternidade.

1.3 Fibromialgia e maternidade

Como mencionado, as crenças a respeito da maternidade como algo natural à mulher foram construídas gradativamente ao longo da história e atualmente, apesar das mudanças sociais e culturais e da existência de novas possibilidades além da maternidade, ainda há resquícios das pressões históricas e culturais em relação à maternidade, principalmente, no que tange à responsabilidade do cuidado principal dos filhos à mulher (Azevedo & Arrais, 2006).

A maternidade é marcada por uma intensidade de sentimentos e sensações e por mudanças psíquicas, familiares e sociais (Zanatta, Pereira & Alves, 2017). As transformações preparam a mulher para assumir uma nova identidade de ser mãe (Da Silva & Da Silva, 2009) para além das outras várias identidades que uma mulher pode ter.

Na vivência da maternidade, Zanatta et al. (2017) apontam que é comum a existência de sentimentos de ambiguidade: por um lado, há uma felicidade por ser mãe, contudo, há preocupações e dúvidas sobre como exercer a maternidade. De forma geral, as mães compartilham sentimentos ambivalentes, ainda que nem sempre reconhecidos no plano da consciência, para com seus filhos, e a dificuldade de lidar com tais sentimentos podem implicar em sofrimento e culpa (Azevedo & Arrais, 2006).

Em função das transformações da maternidade e dos sentimentos ambivalentes coexistentes, é importante o suporte de uma rede de apoio. O apoio social consiste no fornecimento de um ambiente que envolve conforto, trocas de informações, assistência, estabelecimento de vínculos e relações próximas e proteção diante de quaisquer situações (Rapoport & Piccinini, 2006). Assim, o apoio social configura-se como uma fonte de amparo

para a mãe nos momentos de angústia, mudanças, preocupações e dúvidas em relação à experiência da maternidade, e contribui para que a mulher possa vivenciar essa fase com suporte e auxílio no enfrentamento das diversas circunstâncias que envolvem a maternidade (Zanatta et al., 2017).

A maternidade de mulheres acometidas com uma doença crônica, como a fibromialgia, faz-se ainda mais importante o apoio e suporte social. De acordo com Silveira, Tavares e Marcondes (2016), mulheres que convivem com uma doença crônica podem apresentar dificuldades para se adaptar emocionalmente por estarem aflitas com a nova realidade e com a própria saúde e a do bebê.

Nesse sentido, a maternidade para mulheres que vivenciam uma síndrome crônica, como a fibromialgia, pode ser marcada por desafios distintos de outras mulheres que não são acometidas por alguma doença. Dessa forma, cada mulher vai vivenciar a maternidade de forma diferente de acordo com a cultura em que está inserida e, também de acordo com suas características físicas e psíquicas.

Devido ao convívio com as dores crônicas, principal aspecto da fibromialgia, as pessoas acometidas pela síndrome apresentam limitações ao executar atividades cotidianas, o que pode causar sofrimento. Além disso, fatores sociais, psicológicos e biológicos influenciam na forma como o indivíduo lida com as dores, e as dores também influenciam tais fatores configurando um ciclo, com isso, por exemplo, as dores podem conduzir a estresse ou o estresse gerar dores (Oliveira et al, 2019).

No que tange a estudos que relacionam a maternidade de mulheres com doenças crônicas, evidencia-se uma carência. A partir da elucidação de aspectos relacionados à maternidade e das particularidades a respeito da fibromialgia, apresenta-se a importância de pesquisas que possam compreender a vivência da maternidade de mulheres acometidas pela síndrome de acordo com a singularidade e a história de vida de cada uma.

2. Objetivo

O presente estudo tem como objetivo geral compreender vivências da maternidade em mulheres com fibromialgia. Mais especificamente, buscar-se-á investigar, junto a mulheres que possuem ao menos um filho biológico, como o adoecer pela síndrome pode influenciar – positivamente ou negativamente – a experiência de ser mãe, considerando-se as múltiplas facetas que a mesma comporta. Esse objetivo se justifica considerando-se que a fibromialgia interfere na qualidade das relações interpessoais e a sociedade contemporânea, apesar de todas as mudanças, ainda exige da mulher, no que diz respeito à maternidade, um lugar de devoção e cuidado integral aos filhos.

3. Método

3.1 Marco teórico

Donald Woods Winnicott foi um pediatra e psicanalista que acreditava, a partir de sua prática clínica, que as questões que conduziam mães e bebês, ao seu consultório, estavam relacionadas a dificuldades emocionais primitivas (Winnicott, 1966/1999). A partir disso, formulou seu pensamento psicanalítico em torno de uma teoria do amadurecimento, enfatizando que o ser humano possui uma tendência para amadurecer, a qual, embora herdada, precisa, para se desenvolver, de um ambiente facilitador (Winnicott, 1967/1999).

A tendência inata ao amadurecimento e a hereditariedade biológica são os dois sentidos associados pelo autor à hereditariedade, sendo que a tendência se caracteriza como a principal herança do ser humano e abrange a possibilidade de crescer e alcançar a maturidade, dentro ou não de padrões genéticos, e a hereditariedade biológica determina os aspectos anatômicos e biológicos nos quais a tendência poderá ocorrer (Dias, 2014).

O ambiente satisfatório para o amadurecimento irá possibilitar que as tendências herdadas e a hereditariedade biológica atinjam o desenvolvimento e se adaptem às necessidades individuais de cada indivíduo (Winnicott, 1967/1999). Nesse sentido, no início da vida, é importante que seja fornecido ao bebê um ambiente facilitador que seja capaz de reconhecer e identificar as suas necessidades.

Winnicott (1967/1999) aponta que inicialmente esse ambiente é constituído pela mãe, a qual precisa se envolver e orientar em direção às necessidades do bebê para que consiga atender o que ele precisa e auxiliar no processo de integração. Nos estágios iniciais, o bebê vive um estado de não integração, o qual se caracteriza por um estado de imaturidade do bebê pela “falta de reunião do si mesmo, falta de integração no espaço e no tempo, falta de integração psicossomática”, assim, vivencia uma situação de dependência absoluta em relação ao ambiente (mãe) (Dias, 2014, p.124).

Na dependência absoluta, a separação entre mãe e bebê é apenas uma “abstração”, de modo que o desenvolvimento da subjetividade vai ocorrendo concomitantemente com o desenvolvimento corporal (Aragon, 2010). Assim, a mãe suficientemente boa, capaz de orientar-se em direção às necessidades do bebê e satisfazê-las, opera como ego auxiliar do bebê (Winnicott, 1965/1983) para que, gradualmente, nos próximos estágios, ele caminhe em direção à dependência relativa e depois rumo à independência. Nesse sentido, Winnicott (1966/1999) pontua que não é possível falar de um bebê sem falar dos cuidados que o mesmo está recebendo e que vão se tornando aspectos separados do indivíduo, por isso, os cuidados que o bebê recebe inicialmente são parte de si para que consiga realizar a tendência inata à integração.

Inicialmente, o corpo e a psique não se constituem como uma unidade e estão indiferenciados. Gradualmente, ocorre a tendência inata à integração, que os reúne em uma unidade, assim, a coesão psicossomática só será efetivada com a facilitação de um ser humano e do ambiente (Dias, 2014). Com o auxílio do ambiente e de outro indivíduo, o bebê vai integrando experiências em seu ritmo estabelecido juntamente com quem está cuidando dele, o qual facilita a integração do bebê por meio do *holding* e do *handling* e se dedica às necessidades físico-psíquicas dele, para que consiga sentir as sensações e experiências como parte de si e do seu corpo (Winnicott, 1958/2000).

O manuseio por meio do cuidado refere-se ao *handling*, ao passo que o segurar fisicamente, associado também a um cuidado, corresponde ao *holding*, sendo que ambos são necessários para a integração das experiências sensoriais do bebê, como o aconchego do colo, sentir o corpo de quem cuida, ser abraçado, cuidado, banhado, cheirado, acariciado, entre outras. Experiências como essas, associadas ao *handling* e ao *holding*, possibilitam a integração corpo e psique e o processo personalização (Dias, 2014).

Aragon (2010) aponta que a fibromialgia se estabelece devido às dificuldades no processo de integração corpo e psique, decorrente do *holding* materno, além disso, ocorreria uma despersonalização que desvincula o corpo dos próprios afetos e das experiências subjetivas do indivíduo. A despersonalização consiste em um estado no qual o indivíduo comunica não sentir parte ou o corpo todo não lhe pertence (Dias, 2014).

Peres (2019) aponta que na fibromialgia há um cruzamento de aspectos psíquicos e somáticos em que o corpo se torna uma saída para as tensões psíquicas que não puderam ser elaboradas. Nesse sentido, Winnicott apontou a importância do corpo e a sua inter-relação com a psique, de modo que ele seria necessário à psique e ela seria proveniente da elaboração imaginativa do corpo, o que estabeleceria uma existência individual do ser que tem a potência de ser afetado e afetar o ambiente (Peixoto Junior, 2008).

Como explicado anteriormente, Winnicott compreende que há a necessidade de fornecer um ambiente e a adaptação às capacidades do bebê para o seu desenvolvimento corporal e subjetivo. No entanto, dada as circunstâncias sociais, culturais e históricas, a mulher-mãe é colocada prioritariamente como a responsável pelo cuidado. Miranda, Timo e Belo (2019) criticam a falta de problematização de Winnicott em relação às construções de gênero, de modo que ele coloca a mulher-mãe como responsável por fornecer o *holding* e de se aproximar às necessidades dos filhos e minimiza a capacidade do pai de também se adaptar às necessidades do filho.

A partir disso, é importante compreender que a teoria formulada por Winnicott foi construída em um outro contexto histórico-social, em que as imposições sociais em relação à maternidade eram ainda mais incisivas do que atualmente. Apesar disso, a teoria faz uma construção sobre o amadurecimento humano e a saúde psicossomática do indivíduo, ressaltando a importância das relações, das experiências e do ambiente que esse ser está inserido. Nesse sentido, a importância da mãe na teoria winnicottiana pode ser atribuída a

outras pessoas que se disponham a realizar essa função a fim de orientar-se, aproximar-se e vincular-se ao bebê.

Por isso, torna-se importante reconhecer esse local no qual a mulher-mãe é colocada culturalmente e historicamente e que naturaliza que os cuidados físicos e afetivos devem ser provenientes apenas da mulher. A ausência de reflexão, indagações e mudanças a respeito da maternidade podem ser fonte de sofrimento para muitas mulheres, em especial aquelas atravessadas por particularidades, como uma patologia.

3.2 Desenho metodológico

Esse estudo caracteriza-se como um recorte de uma pesquisa mais ampla, cujo desenho metodológico foi concebido em consonância com as premissas do método clínico-qualitativo. Tal método é direcionado às vivências em saúde e favorece a interpretação dos significados que um certo público atribui aos fenômenos que se relacionam ao processo saúde-doença (Turato, 2000). Assim, o foco é a compreensão das dimensões subjetivas, e não a descrição dos fenômenos (Minayo, 2014).

3.3 Participantes

As participantes foram duas mulheres com fibromialgia, ambas provenientes da amostra da pesquisa mais ampla da qual o estudo deriva. Tais mulheres foram selecionadas, em primeiro lugar, por possuírem os atributos definidos como essenciais para que o objetivo em pauta possa ser atingido, ou seja, por terem sido diagnosticadas com a síndrome e por serem mães de ao menos um filho biológico. Nesse sentido, as participantes constituíram uma amostra intencional, como geralmente ocorre em pesquisas qualitativas (Turato, 2005). Em segundo lugar, as participantes foram selecionadas porque, durante a coleta de dados, espontaneamente

apresentaram relatos – não analisados anteriormente – sobre as vivências da maternidade em face da fibromialgia.

3.4 Coleta de dados

Os dados utilizados no presente estudo foram previamente coletados para os fins da pesquisa mais ampla que o originou, mas ainda não haviam sido explorados. O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma entrevista grupal, a qual, especificamente, tem o mérito de subsidiar uma compreensão transversal do assunto em pauta a partir dos significados exteriorizados em função das interações estabelecidas *in loco* entre os participantes (Fraser & Gondim, 2004).

Na pesquisa da qual deriva o presente estudo, optou-se por empregar um mediador dialógico para nortear a entrevista grupal. Trata-se do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (PDE-T), cuja finalidade é estimular a expressão criativa e espontânea dos participantes (Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2013). Quando se lança mão de tal mediador dialógico, solicita-se a eles a produção de um desenho sobre um assunto previamente definido pelo pesquisador. No caso, o tema foi “uma mulher com fibromialgia”. A seguir, é requisitada a elaboração de uma história a respeito do desenho e a criação de um título para ela, sendo que os materiais necessários para tanto são lápis, papel sulfite e, eventualmente, pranchetas. Em um segundo momento da entrevista grupal, o material obtido foi utilizado como ponto de partida para um debate sobre as vivências associadas à fibromialgia, em sua generalidade.

É preciso esclarecer que cada uma das participantes esteve presente em uma entrevista grupal, juntamente com outras mulheres, as quais, contudo, não discorreram espontaneamente sobre suas vivências como mães e, justamente por isso, não foram consideradas elegíveis. Ou seja, foram considerados no presente estudo os dados decorrentes da presença de duas participantes em duas entrevistas grupais distintas. Ambas as entrevistas foram realizadas em

uma sala reservada, na sede da organização não-governamental em que as participantes foram recrutadas, e foram gravadas em áudio. Por fim, deve-se salientar que a coleta de dados foi desenvolvida de acordo com os cuidados éticos preconizados para pesquisas envolvendo seres humanos no país, sendo que contou com a devida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE 86402218.7.0000.5152 – Parecer 2.678.167).

3.5 *Análise de dados*

O *corpus* do presente estudo foi constituído pela transcrição, literal e integral, das gravações em áudio das entrevistas grupais. Tal *corpus* foi analisado de acordo com a estratégia holística de livre inspeção proposta por Trinca (1987) para a exploração de material proveniente de mediadores dialógicos. Dessa forma, o *corpus* foi submetido a sucessivas leituras flutuantes, durante as quais os pesquisadores procuraram se eximir de quaisquer pré-julgamentos a fim de estabelecer novas conexões de significado. Essa estratégia, em seus aspectos básicos, guarda semelhanças com aquela que, para Zimmerman (2001), caracteriza a atenção flutuante no trabalho clínico do psicanalista. Ademais, a discussão dos resultados envolveu o diálogo com premissas psicanalíticas, como geralmente ocorre em pesquisas clínico-qualitativas (Turato, 2000), provenientes, no caso, da obra de Winnicott.

4. Resultados e Discussão

A fim de garantir o cuidado e sigilo ético, as participantes que integraram a pesquisa foram nomeadas de modo fictício por Luciana e Alice. Luciana tem 36 anos, sente dores frequentes devido à fibromialgia que só melhoraram com a prática de exercícios físicos. Casada há 5 anos, possui duas filhas que se encontram no período chamado de “primeiríssima infância” (até 3 anos de idade). Já Alice tem 45 anos, sente dores constantes devido à fibromialgia, o que dificultou o seu desempenho na rotina de trabalho e ficou desempregada, além disso, tem dois filhos adolescentes e relatou preocupação por eles a verem com tantas dores e demonstrou a dificuldade de ser vista como alguém frágil.

Luciana e Alice contaram sobre a dificuldade de obter o diagnóstico da síndrome. Antes de identificar a fibromialgia, Alice recebeu vários diagnósticos e tratou por alguns anos doenças que, na realidade, não a acometiam: *“Ele (médico) citou um monte de diagnóstico, lupus, artrite, reumatismo, me passou medicamento, porque eu estava custando a andar, as injeções eram caras, dei um jeito e tomei. Tratei com ele por uns 3 ou 4 anos, foi até que eu não fui mais atendida pelo convênio e passei a ser atendida por outro médico. Expliquei tudo isso para ele e que tratava de reumatismo, que os remédios eram manipulados, aí ele me pediu uma bateria de exames e falou ‘você pode até ter reumatismo, mas o seu problema mesmo é fibromialgia’. Desde então, estou tratando com ele a fibromialgia”*.

De modo parecido, Luciana também teve dificuldade em relação ao diagnóstico *“Começou as dores e eu não sabia o que era... Fui até o Hospital, depois fui na UAI (Unidade de Atendimento Integrado) e o médico que me atendeu lá olhou tudo, tomei não sei quantos antibióticos e melhorei, aí desde então só dor, dor, dor, dor, dor, e muita dor, meu pé... aí, vai nos médicos tudo, faz quinhentos exames e falam ‘ah mas é porque você é gordinha’ (...) Depois de ir em vários médicos e fazer vários exames, fui ao reumatologista que, por fim, diagnosticou a fibromialgia”*

Os relatos de Alice e Luciana a respeito do diagnóstico da fibromialgia apresentam a prioridade dos aspectos objetivos relacionados às dores em relação aos aspectos subjetivos. No caso da fibromialgia, a inexistência de uma lesão orgânica torna ainda mais difícil compreender o processo saúde-doença como um todo. Segundo Peres e Bocchi (2020), alguns profissionais de saúde apreendem as dores como algo independente das pessoas que a vivenciam, estimulando tratamentos, às vezes, ineficazes. Por isso, na atenção integral à saúde, ações de cuidado precisam estar centradas no sujeito, e não apenas na sua patologia, considerando aspectos subjetivos e objetivos no processo saúde-doença.

As duas participantes relataram a relevância de outras formas de cuidado, além dos tratamentos medicamentosos, inclusive para poderem exercer a maternidade em meio à fibromialgia. Luciana relatou que sentia fortes dores nos pés, nas mãos e no nervo ciático, por isso, foi a vários médicos, realizou exames e tomou medicamentos, mas as dores não cessaram, apenas a prática de Pilates abrandou. Já Alice relatou que sentia dores constantes nos ombros e nos joelhos, às vezes, no pé, e que a realização de acupuntura auxiliou consideravelmente na melhora das dores. Assim, além dos cuidados farmacológicos e médicos com a síndrome, Alice e Luciana tiveram uma participação ativa no cuidado da sua saúde, buscando técnicas diferentes que pudessem ampliar o cuidado, levando em consideração a importância da prática de exercícios físicos.

Em relação a Luciana, a prática de exercícios físicos foi importante para melhorar a capacidade física e as dores frequentes que sentia. Segundo Flores, Cardoso, Almeida e Mussi (2019), a prática de atividades físicas por pessoas com fibromialgia auxilia na melhora da capacidade física e de aspectos sociais, psíquicos e cognitivos. Esses aspectos evidenciam a saúde como um processo de integração de fatores biopsicossociais e apresentam a relevância de um cuidado ampliado e personalizado de acordo com as singularidades dos sujeitos.

Apesar da melhora das dores com outras práticas não medicamentosas, as participantes relataram as interferências das dores em atividades diárias no trabalho e em casa, as quais, ainda indiretamente, estariam relacionadas, para elas, à maternidade. Segundo Luciana, as dores alteraram o seu desempenho nas atividades do trabalho e de casa, como lavar louças e estender roupas e, com as filhas pequenas, há falta de tempo para realizar as atividades que precisa desempenhar *“mas ano que vem vou colocar elas na escola e vou ter tempo pra arrumar casa, limpar, lavar e trabalhar, porque eu trabalho também, que eu não comentei, eu sou autônoma, então eu trabalho”*.

Assim como ela, Alice relatou também dificuldades em relação às atividades de casa e do trabalho, especificando que as dores a dificultaram a fazer viagens de ônibus para outras cidades a trabalho e a pegar peso *“Era muito cansativo para mim, sentindo muita dor, tinha que pegar ônibus aqui 22:30h da noite, chegar lá (na cidade do trabalho) 07:00 da manhã, resolver os problemas que tinha e 13:00 entrava em reunião, ficava em reunião da 13:00 as 18:00 da tarde, saía de lá, pegava o ônibus para vim e chegava aqui como se diz ruim. Mas como se diz, precisava, pensava nos meus filhos... Eu vou trabalhar”*.

Devido às dores, a capacidade física fica reduzida e interfere no desempenho e na realização das atividades (Oliveira et al, 2017) o que suscita sentimentos de inutilidade e impotência. Silva e Rumim (2012) apontam que o corpo, para pessoas com doenças crônicas, configura-se como uma fonte de sofrimento e de frustração, sendo a inutilidade associada a não percepção da potencialidade de si na cooperação da vida coletiva e a impotência como o sentimento de impossibilidade desse corpo diante das situações.

As dores impactaram a qualidade de vida e o desempenho em atividades, o que acarretou em situações estressantes na vida de Luciana e Alice. A fadiga crônica e as dores musculoesqueléticas difusas em todo corpo, somada a vários outros sinais e sintomas, influenciam o modo de vida daqueles acometidos pela síndrome e muitas vezes, podem ser

desacreditados já que as dores são frequentes e invisíveis por não causar mudanças físicas (Oliveira, et. al 2019).

Nos relatos de Alice e Luciana, nota-se que as dores estão associadas à sobrecarga e à autocobrança em relação às atividades do trabalho, mesmo com as dores constantes e intensas que sentem, ambas relataram a importância de realizá-las da melhor forma possível. Além desses desafios, há também as atividades de casa que interferem na maternidade.

Luciana contou sobre as suas tentativas de realizar as tarefas de casa: *“Eu quero e até tento, mas não consigo. Tem até, não sei quantos pratos eu já quebrei, quantos copos, até o mais básico ali de dez quilos, oito quilos (não consegue pegar)”*. Alice também relata sobre as mudanças na rotina: *“faço as coisas assim, quando não dá... Ponho a roupa no arame, dobro e guardo, porque não tem jeito mesmo. Estou tentando fazer assim até eu melhorar, a intenção é melhorar e voltar a trabalhar, até como se diz o fim da minha vida. Toda vida eu trabalhava, limpava casa, lavava o terreiro, lavava as louças, essas coisas.”*

Luciana e Alice falam também de situações parecidas no ambiente familiar em que sentem dificuldades em relação às tarefas de casa: ambas relataram que a fibromialgia dificulta a realização de algumas atividades, por isso, vão realizando como conseguem. Além das adversidades em relação ao trabalho e as atividades de casa, ambas participantes relataram também obstáculos da fibromialgia juntamente com a maternidade.

Após a melhora das dores devido à realização do Pilates, Luciana engravidou e não teve nenhuma dor no período da gestação, no entanto, após esse momento, as dores voltaram fortemente, o que dificultava realizar várias atividades de trabalho, de casa e o cuidado para com as filhas. Ela contou que se sentia muito cobrada a realizar tais tarefas e culpada por não conseguir cuidar das filhas, além disso, percebeu a incompreensão do marido em relação às dificuldades advindas da fibromialgia e a deslegitimação das suas dores. Além disso, Luciana sente a falta de cooperação nas atividades que ambos poderiam realizar, pois ele não auxilia

nas tarefas domésticas e no cuidado das filhas que poderia executar assim como ela desempenha, mesmo com as dificuldades da síndrome.

Em relação a Alice, o marido e os filhos adolescentes não se implicam nas atividades de casa, pertencendo apenas a ela os cuidados da casa. Mesmo relatando as dores para a família, Alice não tem a colaboração e se mostra preocupada em relação ao cuidado dos filhos, mas se incomoda com a falta de ajuda *“Cuido dos meus filhos, faço o que dá, porque dois são adolescentes, aquela fase da ‘aborrecência’, tudo que você fala está a flor da pele, tem que ter paciência e deixar, mas eu falo “vai lá lavar aquela louça”, e falam “depois eu vou, depois eu vou”. Isso me deixa irritada, às vezes, eu pego e lavo um pouco”*. Não há um cuidado dos filhos para com ela, a despeito de já não estarem mais na dependência absoluta

Moraes (2012) apresenta que “mulheres sobrecarregadas” são aquelas que precisam conciliar simultaneamente a maternidade, a jornada no mercado de trabalho e as tarefas domésticas, sendo que, por isso, se sentem esgotadas com todas as tarefas e culpadas por não desempenharem bem todos os papéis demandados. Nesse sentido, as vivências de Luciana e Alice confirmam a reprodução dos papéis sociais de uma mulher que tem tripla jornada de trabalho, assim, concilia as atividades relacionadas ao cuidado da família, da casa e do trabalho fora de casa. Além disso, ambas convivem com uma síndrome reumatológica crônica o que limita a realização das atividades. Desse modo, a partir das falas das duas, percebe-se que a tripla jornada de trabalho, juntamente com a fibromialgia, gera alguns sentimentos em ambas, como: culpa, cobrança e frustração. E esses sentimentos atravessam suas vivências como mães.

A culpa e a sobrecarga surgem pela jornada tripla e podem gerar sentimentos de incapacidade, frustração, além de sofrimento e de estresse que estão associados ao esgotamento da rotina e das exigências (Costa, 2018). Os papéis e as responsabilidades sociais que a mulher ocupa são diferentes dos homens, principalmente em relação ao cuidado dos filhos. Durante muitas décadas, era designado ao homem oferecer o sustento financeiro do lar e a mulher ser

responsável pelos cuidados da família e a educação dos filhos, posto que aquelas que, hoje, não se dedicam exclusivamente aos cuidados dos filhos, sentem-se culpadas por estarem descumprindo padrões sociais (Gradwohl et al., 2014) e aquelas que não têm uma jornada de trabalho se sentem frustradas por não estarem no mercado de trabalho.

É possível compreender que a cultura exerce forte influência na imposição às mulheres em relação à responsabilidade integral no cuidado dos filhos (Braga et al., 2018) e também na realização das atividades domésticas. Além da falta de sensibilização em relação aos desafios advindos da fibromialgia, Luciana experiencia dentro de casa a responsabilidade solitária em relação às atividades domésticas, enquanto o marido a cobra por isso, o que é retratado na seguinte fala “(...) *‘nossa a casa tá bagunçada’* (fala do marido), *ai tem hora que eu falo ‘vai (arrumar) você, uai’*. *O que me deixa mal é isso, entendeu? (incompreensão) No sentido de não ter a cooperação, porque uma coisa eu entendi, eu posso?! Eu vou lá e vou forçar, mas agora mesmo eu tô na cama, e aí?!”*.

Ainda hoje, há uma pressão cultural para que a mulher assuma papéis delimitados, como mãe e cuidadora da casa, que são reforçados por discursos sociais que causam sofrimentos em gerações de mulheres, de modo direto ou indireto, em relação ao fato de serem mulheres e ao exercício da maternidade (Porto, 2017). Luciana contou que mesmo quando está com dores fortes em relação à síndrome, ela precisa cuidar das atividades da casa, como lavar as roupas *“A roupa das meninas... eu lavo tudo na mão, aí quando tá atacado (as dores), o que eu faço, pego e deixo de molho uns dois dias”*.

Além disso, Luciana relatou que a falta de ajuda e a autocobrança, principalmente por ter as filhas para cuidar *“eu tô procurando ajuda, até pra chorar dói, ficar na cama dói, só não dói quando você tá naquele sono REM lá, aí você fala “acordei”, e não é aquele acordei descansado, é “acordei, tá doendo”*. *E quando eu não tinha as meninas, eu acordava e ficava espreguiçando, né, eu esticava e alongava bastante, mas assim, se Deus quiser, as coisas vão*

entrar no eixo.” Nota-se que Luciana, mesmo com as dores, tenta cuidar das filhas, mas não tem ninguém que a auxilie e cuide dela também.

De modo parecido, Alice se preocupa com a filha quando ela a vê triste, por ser atravessada pelo desejo de cuidar, que é dificultado pela fibromialgia *“Às vezes, eu me sinto frustrada, ela me vê tentando fazer as coisas, às vezes eu começo a chorar e ela pergunta “o que foi mãe?”. Eu não sei... Eu não controlo o choro, as vezes eu não quero, mas quando eu vejo estou chorando.”* Paradoxalmente, tanto Luciana e Alice querem ser ajudadas, mas sofrem por estar em uma condição que precisa de ajuda.

Mulheres com fibromialgia lidam com a discriminação, preconceito e a falta de entendimento com o sofrimento por terem seus sintomas invalidados pelos outros e pela falta de acolhimento e apoio social por não terem compreensão das pessoas dentro lar e no trabalho (Oliveira, Mattos, Castro & Luz, 2017). Além da falta de uma rede de apoio em relação à síndrome, podem também vivenciar a falta de suporte referente à maternidade, assim, precisam lidar tanto com os sintomas e sinais da fibromialgia e com as mudanças que surgem com a maternidade. Em relação à Alice e Luciana, percebe-se que não há a presença de uma rede de apoio e suporte que auxilie no cuidado de si e no exercício da maternidade. Ambas precisam lidar com: as dores advindas da fibromialgia, os cuidados com os filhos, os trabalhos em casa e fora dele, sem suporte nas suas vivências em relação à maternidade e fibromialgia.

É visível, por meio dos relatos das participantes, que a responsabilidade pelo cuidado dos filhos é atribuída à Luciana e Alice, bem como as tarefas domésticas, o que causa sofrimento por não conseguir atender às necessidades dos filhos dada as limitações da fibromialgia. Os maridos, por sua vez, são secundários nos cuidados filiais e, quando as atividades domésticas não são realizadas, cobram as esposas. Nem todas as mulheres conseguem atender as necessidades dos filhos e oferecer cuidados a eles por estarem atravessadas por patologias, por isso, os cuidados do bebê não devem ser função apenas

materna, mas sim responsabilidade também da rede de apoio social e do ambiente em que a mãe e os filhos estão inseridos.

Dias (2014) aponta que, segundo Winnicott, o ambiente participa essencialmente da integração do indivíduo em uma unidade, o que torna imprescindível os cuidados com o bebê. Esses cuidados, por mais que convencionados culturalmente, não necessariamente precisam ser realizados pela mulher, principalmente quando atravessada por uma patologia. Outras pessoas podem fornecer esse ambiente para o bebê ou podem fornecer a essas mulheres um ambiente facilitador que auxilia na construção da maternidade, nos cuidados dos filhos e que oferece o suporte necessário para ela conviver com a doença.

Segundo Winnicott (1966/1999), o ambiente facilitador seria a sustentação e os recursos que facilitariam os processos de amadurecimento, por isso, quando suficientemente bom, torna possível o indivíduo ser e continuar a ser. Esse aspecto ressalta o quanto é indispensável o cuidado e o atendimento das necessidades nos primeiros momentos de vida, no entanto, o processo de amadurecimento, de acordo com Winnicott, tem início após a concepção e continua ao longo da vida do indivíduo até a sua morte natural (Dias, 2014). Assim, apesar do ser humano, aos poucos, se tornar independente do ambiente, essa independência nunca é total, é uma independência relativa, pois o ambiente sempre se fará necessário.

Nesse sentido, para Luciana e Alice, uma rede de apoio social em relação à fibromialgia é um ambiente importante para que consigam lidar com os desafios da patologia e com outras questões que atravessam a existência, como o trabalho, as atividades domésticas e os filhos. Como dito anteriormente, o ambiente sempre se fará necessário para o processo de amadurecimento, assim, ele será importante para que ambas participantes sejam cuidadas e para que as limitações da fibromialgia que se apresentam não prejudiquem a vivência da maternidade.

Ambas participantes, mesmo com todos os desafios da fibromialgia, a falta da rede de apoio social e de um ambiente facilitador, tentam proporcionar um ambiente facilitador para os filhos. No caso de Alice, a descoberta da fibromialgia, como mencionado, ocorreu quando seus filhos eram crianças, portanto, eles tinham uma dependência menor do ambiente, assim, eles precisam de Alice como ambiente, mas não a todos os instantes. Atualmente, enquanto adolescentes, ela tenta fornecer os cuidados a eles mesmo com as dificuldades da fibromialgia. Diferentemente, Luciana recebeu o diagnóstico da fibromialgia antes do nascimento das filhas e, pela etapa de vida em que se encontram, primeiríssima infância, elas são muito dependentes do ambiente, principalmente, pelo processo de integração ainda estar ocorrendo, o que torna mais importante o ambiente facilitador.

Segundo Winnicott, no início da vida, o bebê depende inteiramente de um outro indivíduo para poder ser e conseguir realizar sua tendência inata ao amadurecimento, pois vive um estado de não integração, o qual não é considerado uma unidade, de modo que, a partir da relação com o outro, ocorrerá a constituição do eu, o processo de integração. Desse modo, o ambiente e os cuidados, que o bebê recebe, afetam diretamente na constituição de si mesmo, sendo considerados partes do bebê, o qual não tem amadurecimento suficiente para perceber ou desejar algo externo, como o ambiente e os cuidados, ou compreender o mundo interno (Dias, 2014).

Como o bebê ainda não consegue reconhecer o mundo interno e externo devido à não integração, suas experiências em relação ao cuidado são partes de si, logo, não há uma discriminação sobre o cuidado o qual recebe (Rosa, 2011). Por isso, quando as necessidades do bebê não são reconhecidas e atendidas, ele sente como ameaças a sua existência, já que ainda não consegue reconhecer a realidade interna e externa, assim, configuram como as ameaças e reações intrusivas à possibilidade de se constituir uma unidade (Winnicott, 1958/2000). Nesse sentido, torna-se essencial a identificação e atendimento das necessidades

por meio de uma participação efetiva nos cuidados do bebê, com isso, a presença e a disponibilidade para realizar tais ações é o que importa e não se é realizado por uma mãe ou por outra pessoa (Rosa, 2011).

Assim, é importante que o ambiente forneça as condições necessárias: físicas, sociais, psicológicas e histórico-culturais para que o bebê possa amadurecer. Dessa maneira, é essencial que quem estiver cuidando do bebê seja capaz de se identificar com ele, reconhecer suas necessidades e fornecer-lhe um ambiente facilitador (Dias, 2014), geralmente quem realiza esse cuidado e é o ambiente primário é a mãe.

Para tanto, é importante que a mãe consiga fazer uma adaptação absoluta para reconhecer as necessidades do bebê e atendê-las, o que demanda espontaneidade e pessoalidade no cuidado. Esse processo de adaptação possibilita a expressão de uma mãe suficientemente boa a qual se envolve totalmente com o bebê a fim de proporcionar o seu desenvolvimento (Dias, 2014). Winnicott (1958/2000) aponta que a mãe suficientemente boa conseguirá fornecer um contexto para que a constituição da criança comece a ocorrer a partir das tendências ao desenvolvimento inato e, assim, o bebê comece a experienciar movimentos espontâneos provenientes das sensações da etapa inicial da vida.

Como dito anteriormente, culturalmente, os cuidados afetivos dos filhos sempre foram responsabilidade materna, então, é exigido que as mães consigam estar presentes e disponíveis para cuidar dos filhos mesmo com outras dificuldades, como as dores da fibromialgia no caso de Alice e Luciana, o que gera culpa, inutilidade e impotência. No entanto, outras pessoas, como o pai das crianças, podem oferecer o cuidado a partir das necessidades dos filhos, ainda mais quando a mãe se encontra em dificuldades decorrentes das dores da fibromialgia. O que não acontece tanto para Alice e Luciana que tentam dentro das suas limitações cuidar dos filhos.

Com as filhas na primeiríssima infância, mesmo com os desafios da fibromialgia, a deslegitimação do marido em relação às dores, a falta de suporte e apoio do mesmo a respeito

da maternidade e das tarefas de casa e de um ambiente facilitador, Luciana busca reconhecer as necessidades das filhas e fornecer um cuidado espontâneo. Ela possui limitações no cuidado das filhas, principalmente ações que envolvem movimentos físicos, o que pode influenciar na forma de estar presente e cuidar das filhas. Ela comenta sobre os desafios “*Em casa, tem aquela parte que ninguém entende, não consegue colocar uma roupa no varal, esses dias eu fui tentar fechar o carrinho das meninas, nossa, que dificuldade.*”.

Apesar das dificuldades advindas, Luciana relata tenta estar presente e cuidar das filhas “*tem hora que eu até quero pegar as duas, mas eu não consigo, aí eu deito no chão e pego as duas e abraço, então a gente dá um jeito*”. Mesmo com as dores que impossibilitam pegar as filhas, Luciana apresenta a capacidade de inovar e criar a partir da realidade que está.

Segundo Dias (2014), para Winnicott, a criatividade é originária e todo ser humano é capaz de criar o mundo novamente pela espontaneidade. Além disso, ela pontua que a criatividade está relacionada com a capacidade de sentir-se real e de conseguir se apropriar das experiências. Luciana apresentou a capacidade de recriar a realidade de forma espontânea para que conseguisse atender suas necessidades e cuidar das filhas, utilizando dos recursos do ambiente que possibilitaram sua espontaneidade.

As dores e as limitações físicas provenientes da fibromialgia podem dificultar que Luciana pegue as filhas no colo, no entanto, ela conseguiu apresentar uma nova forma de experienciar essa realidade e utilizar da sustentação do chão para auxiliar seu corpo e para facilitar que ela consiga segurar (*holding*) e manejar (*handling*) as filhas. Winnicott (1966/1999) apresenta o *holding* e o *handling* dos bebês como a adaptação das necessidades básicas do bebê de modo que facilite os processos de amadurecimento e auxilie que o bebê avance nas etapas do crescimento emocional. Por meio do segurar-manejar (*holding-handling*), Luciana consegue cuidar das filhas e se adaptar para atender as necessidades delas de forma espontânea, apesar das limitações derivadas da fibromialgia.

A maternidade consiste em uma experiência única na vida da mulher e é acompanhada por mudanças, sentimentos e expectativas, mas nem sempre é uma vivência que pode contar com o auxílio de outras pessoas, o que seria importante quando experienciada no contexto de uma patologia, como é o caso de Luciana e Alice. Observa-se que as limitações da fibromialgia dificultam a realização de atividades, o desempenho no trabalho, nas tarefas de casa e no cuidado dos filhos, sendo que nenhuma das participantes sinalizou apresentar uma rede de apoio com a qual podem contar efetivamente, o que desperta sentimentos de cobrança, impotência, culpa e frustração.

Mesmo com todas as dificuldades em relação à vivência da maternidade com a fibromialgia e os sentimentos relacionados, Luciana e Alice conseguem cuidar dos filhos dentro das suas limitações e apropriar-se das experiências para conseguir recriar possibilidades para vivenciar os desafios diários da maternidade, da fibromialgia e da maternidade com a fibromialgia.

5. Considerações finais

Como dito anteriormente, a fibromialgia inclui fatores biológicos, sociais, culturais e psicológicos, assim, é importante uma compreensão multidisciplinar no cuidado em saúde de pessoas acometidas pela síndrome e também específico as particularidades de cada indivíduo. As mulheres, principal grupo acometido pela síndrome, podem vivenciá-la juntamente com a maternidade que, apesar das transformações sociais, ainda é vista como uma responsabilidade integral da mulher, o que pode ocasionar em sofrimento para muitas mulheres. Algumas vivenciam a maternidade juntamente com a síndrome e convivem com os desafios de ambos.

Assim, o presente estudo teve como objetivo apresentar as vivências da maternidade de duas mulheres com fibromialgia e como o adoecer pode influenciar a experiência de ser mãe. A partir de um estudo clínico-qualitativo, com premissas psicanalíticas, foi possível compreender as especificidades da maternidade e da fibromialgia para as duas participantes.

Os resultados indicaram a importância de um cuidado em saúde multidisciplinar dado a dificuldade do diagnóstico das duas participantes e a melhora das dores por meio de outras formas de cuidado para além da prática medicamentosa. Além disso, percebe-se que as dores geraram limitações físicas que interferem nas atividades diárias realizadas em casa, no trabalho e no cuidado dos filhos, principalmente, porque ambas participantes não tiveram apoio dos familiares e um ambiente que pudessem facilitar o cuidado com os filhos e auxiliar a lidar com os desafios da síndrome.

Apesar das dificuldades e da falta de apoio, as participantes demonstraram o desejo de cuidar dos filhos e de serem cuidadas, sendo que o primeiro foi dificultado pela fibromialgia e o segundo foi potencializado. As duas participantes conseguiram cuidar dos filhos e apropriar-se das vivências diárias para construir novas possibilidades de ser mãe com fibromialgia.

Dessa forma, os resultados indicam a importância do auxílio dos profissionais de saúde e dos familiares na construção de uma rede de apoio a mulheres com fibromialgia que são

mães. Assim, o presente estudo acrescenta a possibilidade de novas pesquisas em que sejam considerados o cuidado e a assistência multidisciplinar oferecidas por profissionais de saúde às mulheres com fibromialgia. Além disso, ressalta a necessidade de novos estudos sobre as vivências da maternidade de mulheres com doenças crônicas, já que são escassas as pesquisas nessa área.

Referências

- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Ambrosio, F. F. (2013). Rabiscando Desenhos-Estórias com Tema: pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. In: W. Trinca (Org.), *Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (pp. 277-302). São Paulo: Vetor.
- Almeida, L. S. de. (2007). Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. *Revista do Departamento de Psicologia. UFF, 19(2)*, 411-422
- Aragon, L. E. P. (2010). Fibromialgia: perspectivas de um campo problemático. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 14(32)*, 155-169.
- Armentor, J. L. (2016). Living With a Contested, Stigmatized Illness: Experiences of Managing Relationships Among Women With Fibromyalgia. *Qualitative Health Research, 27(4)*, 462-473.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. da R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19(2)*, 269-276
- Azevedo, A. K. S., & Dutra, E. M. do S. (2019). Era uma vez uma história sem história: pensando o ser mulher no Nordeste. *Pesquisas e Práticas Psicossociais, 14(2)*, 1-14.
- Braga, R. C., Miranda, L. H. A., & Correio, J. P. C. V. (2018). Para além da maternidade: as configurações do desejo na mulher contemporânea. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, 3(6)*, 524 -540.
- Colares, S. C. S., & Martins, R. P. M. (2016). Maternidade: uma construção social além do desejo. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, 6(1)*, 42-47.
- Costa, F. A. (2018). Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, 3(6)*, 434-452.

- Da Silva, L. J., & Da Silva, L. R. (2009). Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 393-401.
- Dias, E. O. (2014). A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott. (3. ed.) São Paulo: DWW Editorial.
- Dias, M. S. de A., Oliveira, I. P. de, Silva, L. M. S. da, Vasconcelos, M. I. O., Machado, M. de F. A. S., Forte, F. D. S., & Silva, L. C. C. da. (2018). Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 103-114.
- Flores, F. F., Cardoso, B. L. C., Almeida, C. B., & Mussi, R. F. F. (2019). Fibromialgia e Atividade Física: benefícios e fatores de não adesão. *Revista Comciência*, 4(1), 31-41.
- Fraser, M. T. D. & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139-152.
- Freitas, E. P., & Peres, R. S. (2017). A Fibromialgia sob a ótica psicanalítica: um breve panorama. *Polêmica*, 17(1), 01-15.
- Freitas, R. P. de A., Andrade, S. C. de, Spyrides, M. H. C., Micussi, M. T. A. B. C., & Sousa, M. B. C. de. (2017). Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(3), 197-203.
- Gradvohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando famílias*, 18(1), 55-62.
- Iungano, E. M., & Tosta, R. M. (2009). A realização da função materna em casos de adoecimento da criança. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 29(1), 100-119.
- Juuso, P., Skär, L., Olsson, M, & Söderberg, S. (2011). Living with a double burden: Meanings of pain for women with fibromyalgia. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(3).

- Lorente, G. D., Stefani, L. F. B., & Martins, M. R. I. (2014). Cinesiofobia, adesão ao tratamento, dor e qualidade de vida em indivíduos com síndrome fibromialgica. *Revista Dor*, 15(2), 121-125.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2018). Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf.
- Miranda, J. J. de, Timo, A. L. R., & Belo, F. R. R. (2019). Crítica à Teoria da Maternidade em Winnicott: é Preciso ser Mulher para cuidar de Crianças?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e176863.
- Moraes, E. (2012). Ser mulher na atualidade: a representação discursiva da identidade feminina em quadros humorísticos de maitena. In I. Tasso & P. Navarro (Org). *Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas* [online] (pp. 259-285). Maringá: Eduem.
- Mori, V. D., & Rey, F. G. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 140-152.
- Moura, S. M. S. R., & Araújo, M. F. (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(1), 44-55.
- Oliveira, L. H. S., Mattos, R. S., Castro, J. B. P., Barbosa, J. S. O., Chame, F., & Vale, R. G. S. (2017). Efeito do exercício físico supervisionado sobre a flexibilidade de pacientes com fibromialgia. *Revista Dor*, 18(2), 145-149.
- Oliveira Júnior, J. O., & Almeida, M. B. (2018). O tratamento atual da fibromialgia. *BR JP*, 1(3), 255-262.
- Oliveira, J. P. R., Berardinelli, L. M. M., Cavaliere, M. L. A., Rosa, R. C. A., Costa, L. P., & Barbosa, J. S. O. (2019). O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio

- interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180411.
- Peixoto Junior, C. A. (2008). Sobre a importância do corpo para a continuidade do ser. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(4), 927-958.
- Pereira, A. M., Valim, V., Zandonade, E., & Ciconelli, R. (2009). Prevalence of musculoskeletal manifestation in the adult Brazilian population: a study using COPCORD questionnaires. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27(1), 42-46.
- Pereira, V. B., & Leitão, H. A. L. (2020). Sobrecarga e rede de apoio: a experiência da maternidade depois da separação conjugal. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(1), 1-12.
- Peres, R. S. (2019). *Dimensões subjetivas da dor física crônica: perspectivas psicanalíticas* (pp. 21-46). São Carlos: Pedro & João Editores.
- Peres, R. S., & Bocchi, J. C. (2020). Psicanálise, clínica ampliada e dor física: algumas articulações. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 117-131.
- Porto, D. (2011). O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. *Revista Rede bioética/unesco*, 3(1), 55-66.
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8), 1-6.
- Quevedo, M. P. (2010). *Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco* (Tese de Doutorado em Saúde Pública). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Journal of Human Growth and Development*, 16(1), 85-96.
- Rosa, C. D. (2011). *As falhas paternas em Winnicott*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

- Santiago, R. A., & Coelho, M. T. A. D. (2007) A violência contra a mulher: antecedentes históricos. *Seminário Estudantil de Produção Acadêmica*, 11(1).
- Scavone, L. (2001). Motherhood: transformation in the family and in gender relations. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 5(8), 47-60.
- Silva, T. A. D. da, & Rumim, C. R. (2012). A fibromialgia e a manifestação de sofrimento psíquico. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 12(3-4), 767-792.
- Silveira, P. G. da, Tavares, C. M. de M., & Marcondes, F. L. (2016). Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe4), 63-68.
- Souza, J. B., & Perissinotti, D. M. N. (2018). A prevalência da fibromialgia no Brasil: estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. *Brazilian Journal of Pain* 1(4), 345-348.
- Trinca, W. (1987). *Investigação clínica da personalidade*. São Paulo: EPU.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Vásquez, G. (2014). Maternidade e feminismo: notas sobre uma relação plural. *Revista Trilhas da História*, 3(6), 167-181.
- Winnicott, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (1999). Mãe Dedicada comum. *Os Bebês e suas mães*. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1966).

- Winnicott, D. W. (1999). O conceito de indivíduo saudável. *Tudo começa em casa*. 3ªed. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (2000). Preocupação Materna Primária. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1958).
- Zanatta, E., Pereira, C. R. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1-16.
- Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: ArtMed.