

Julia Alves dos Santos

**Entre(linhas) da UTI Neonatal: a experiência emocional de
mulheres-mães durante a pandemia**

Uberlândia

2022

Julia Alves dos Santos

**Entre(linhas) da UTI Neonatal: a experiência emocional de
mulheres-mães durante a pandemia**

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.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam
Tachibana

Uberlândia

2022

Julia Alves dos Santos

Entre(linhas) da UTI Neonatal: a experiência emocional de mulheres-mães durante a pandemia

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.

Orientadora: Miriam Tachibana

Banca examinadora

Uberlândia, 01 de abril de 2022

Profa. Dra. Miriam Tachibana
(Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Juçara Clemens
(Examinadora)
Universidade Federal de Uberlândia

Ms. Katherine Pohl
(Examinadora)
Universidade Federal de Uberlândia

Dedicatória

Às mulheres-mães que compartilharam comigo uma parte de sua dor, confiando e permitindo que eu as acolhesse.

À todas mulheres-mães que enfrentam a internação de seus filhos com tanto amor e esperança.

Aos meus pais, que me amparam na vida e em todas minhas conquistas com muito amor.

Agradecimentos

Agradeço inicialmente a toda minha família que, de forma direta e indireta, faz parte do que sou e da minha história.

Agradeço aos meus pais, por me amarem incondicionalmente, por nunca duvidarem do meu potencial e também por sempre estarem por perto, me levantando e me fortificando em todas as minhas quedas. Agradeço também, a eles, por me encherem de vida, de curiosidade e me ensinarem a fazer tudo com o máximo de amor.

À minha mãe, Maxcilene Pereira dos Santos, por me ensinar a rir da vida, por me ensinar que os erros nos fortalecem e a seguir sempre com esperança de dias melhores. Obrigada pelo companheirismo singelo e por todas as renúncias feitas por você em meu nome.

Ao meu pai, Cleiton de Almeida Alves, por ter me ensinado a ser forte, a ser melhor a cada dia, a lutar pelas minhas coisas e a cuidar das pessoas com sinceridade e amor. Obrigada por ser minha rocha e por acreditar, confiar e apostar que eu chegaria lá. Obrigada pelo tempo e esforço gastos para que eu pudesse ter as melhores oportunidades da vida.

Ao meu irmão, Matheus Alves dos Santos, pelo prazer de dividir o mesmo sobrenome. Obrigada por me ensinar tanto sobre amor, sobre calma, sobre companheirismo e sobre como a vida pode e deve ser simples e calma.

Ao meu namorado e companheiro, Nicolás Teixeira Cabral, por me fazer feliz todos os dias. Por ouvir meus medos, minhas angústias e meus segredos. Pelo amor que me dá e por permanecer.

Aos meus avós, Joaquim e Helena, pelo cuidado singelo.

À minha orientadora, Miriam Tachibana, por me acolher ainda tão nova na minha trajetória acadêmica. Por permitir e acompanhar meu crescimento e desenvolvimento dentro do curso. Por me ensinar com tanta paciência e por apostar em mim, fazendo com que eu estivesse em

ambientes e lugares que me são tão preciosos dentro da Psicologia. Por me apresentar a pesquisa com tanto cuidado e amor. Por ser uma professora suficientemente boa.

Aos meus amigos de faculdade, por compartilharem comigo momentos de felicidade e angústia.

À Samia Ribeiro, por ser minha dupla de faculdade e de vida. Por dar um outro sentido à palavra companheirismo e por nunca ter me deixado para trás.

Aos meus amigos que são um dos meus maiores sustentáculos na vida.

À Shyrlene, pela cumplicidade de anos. Ao Raphael pelo cuidado, ainda que a distância se imponha. À Isadora, pelo afeto e pelo carinho dos abraços. Ao Gabriel, pela admiração e pelo tempo. À Maria Júlia, pela força e apoio.

Agradeço, por fim, a todos os discentes e técnicos do Instituto de Psicologia, bem como ao Hospital de Clínicas, por permitir que a pesquisa pudesse se realizar.

"A espera é sentir-me voraz em relação ao futuro."

Clarice Lispector

Resumo

Ao longo do ciclo gravídico-puerperal a mulher experiencia uma queda entre o bebê imaginado e o bebê real. No presente trabalho, buscou-se investigar a experiência emocional de mulheres-mães nos casos em que essa queda acontece de maneira abrupta, com a hospitalização precoce do recém-nascido na UTI Neonatal. Para tanto, ao longo do segundo ano de pandemia, foram realizadas consultas terapêuticas com 11 mulheres que estavam acompanhando a internação de seus bebês na UTI Neonatal de um hospital de Minas Gerais. Em algumas das consultas terapêuticas foram produzidos desenhos-estórias pela dupla participante-pesquisadora, segundo o paradigma do jogo do rabisco. Após a realização de cada consulta terapêutica, a pesquisadora redigiu uma narrativa transferencial sobre o encontro. O material foi analisado psicanaliticamente, o que viabilizou a emergência de três categorias sobre: 1) a relação da mãe com o bebê; 2) a relação da mulher consigo mesma enquanto mãe; e 3) a relação da mãe com aqueles que compõem o ambiente hospitalar. Por meio delas, observou-se que as participantes sentiam-se: 1) inseguras em relação à alta hospitalar de seus bebês, 2) culpabilizadas pela fantasia de terem falhado enquanto mães e por se sentirem aprisionadas nessa maternagem peculiar; e 3) desamparadas no hospital pelos profissionais e os pais dos bebês. Embora as participantes tenham revelado a capacidade de vincular-se aos seus bebês e de constituírem um ambiente hospitalar suficientemente bom com as outras mães que se encontravam na mesma situação, conclui-se a importância de intervenções junto a essa população.

Palavras-chave: prematuridade; relação mãe-bebê; consultas terapêuticas; pandemia

Abstract

Throughout the pregnancy-puerperal cycle, women experience a fall between the imagined baby and the real baby. In the present study, we aimed to investigate the emotional experience of women-mothers in cases in which this fall happens abruptly, with the early hospitalization of the newborn in the Neonatal ICU. For this purpose, during the second year of the pandemic, therapeutic consultations were carried out with 11 women who were following the hospitalization of their babies in the Neonatal ICU of a hospital in Minas Gerais. In some of the therapeutic consultations, drawings-stories were produced by the participant-researcher duo, according to the squiggle game paradigm. After each therapeutic consultation, the researcher wrote a transference narrative about the encounter. The material was analyzed psychoanalytically, which allowed the emergence of three categories about: 1) the relationship of the mother with the baby; 2) the relationship of the woman with herself as mother; and 3) the relationship of the mother with those who make up the hospital environment. Through them, it was observed that the participants felt: 1) insecure regarding the hospital discharge of their babies, 2) blamed for the fantasy of having failed as mothers and for feeling imprisoned in this peculiar maternity; and 3) helpless in the hospital by the professionals and the baby's father. Although the participants revealed the ability to bond with their babies and to constitute a sufficiently good hospital environment with other mothers in the same situation, we conclude the importance of interventions with this population.

Keywords: prematurity; mother-baby relationship; therapeutic consultations; pandemic

Sumário

Fundamentação teórica	1
“Sonhar mais um sonho impossível”: o parto e a discriminação entre o bebê imaginado e o bebê real	1
“Queria te descobrir, ligar minha câmera oculta, saber que não há nada de mal”: o parto e a internação na UTI Neonatal	4
Método	7
Resultados e discussão	11
“Meu colo alimenta a você e a mim, deixa eu mimar você, adorar você”: A relação entre a mãe e seu bebê	11
“Do que trago aqui, bem dentro de mim”: A relação da mulher consigo mesma enquanto mãe	20
“Eu tô aqui, pronta pra escutar, seja lá o que você quiser desabafar”: A relação da mãe com o ambiente hospitalar	28
Considerações finais	38
Referências	40

Fundamentação teórica

“Sonhar mais um sonho impossível¹”: o parto e a discriminação entre o bebê imaginado e o bebê real

Entende-se que a história do bebê precede a sua gestação, pois, antes mesmo dele ocupar concretamente o ventre materno e sua posição dentro da organização familiar, ele passa por outros lugares de constituição: ele é falado, sonhado e representado psiquicamente pelos seus cuidadores, em especial por sua mãe, que o concebe como parte de si (Duarte & Netto, 2010). Esse processo tem sido compreendido como a gestação do filho imaginado, sendo fundamental para que haja, a posteriori, uma boa maternagem (Santos & Gomes, 2020).

Segundo Carnielli (2014), no primeiro trimestre de gravidez, não é a presença física do filho que preenche a mãe, mas, sim, o sonhar e o elaborar psíquico que vêm sendo construídos por ela. Essas manifestações podem ser observadas, por exemplo, quando, durante as consultas pré-natais e nos diálogos do cotidiano, as mulheres descrevem imaginativamente seus filhos de forma a lhe concederem algum tipo de atributo físico ou de personalidade, frutos desse sonhar tão presente no início do ciclo gravídico-puerperal. Além disso, o aparecimento de alguns sintomas comuns, como o enjôo, o cansaço e o mal-estar inauguram a presença de algo novo, sinalizando a nova realidade que está por vir. Essas são tidas como as primeiras inscrições psíquicas do bebê imaginado no universo psíquico materno.

À medida em que a gestação avança para o segundo trimestre é possível que a presença real do feto seja sentida através dos movimentos intrauterinos, bem como através das imagens vistas pelos ultrassons que viabilizam a identificação do sexo da criança e de outras partes do corpo em formação. Além disso, as mudanças drásticas sentidas pela mulher em seu corpo

¹ O título desse tópico foi retirado do trecho da letra da música de Maria Bethânia “Sonho impossível”. Ele foi escolhido por retratar a queda difícil de um sonho (metaforicamente usado neste trabalho para representar a queda frente ao bebê imaginado), que no fim, resulta em “uma flor brotar do impossível chão” (metáfora para o bebê real).

(como o aumento da barriga e dos seios) acabam fortalecendo a relação entre a mãe e seu bebê, que passa a ser ainda mais investido libidinalmente. Assim, nessa etapa, a mãe continua a sonhar e a atribuir novas características ao bebê, sendo estas cada vez mais específicas. Trata-se de um processo altamente sofisticado do ponto de vista psíquico, uma vez que, em meio a esse jogo imaginativo/projetivo, a mãe vai reconhecendo cada vez mais que há um bebê ali e que ele é o seu bebê, o que acaba cunhando o sentimento de pertença tão imprescindível para o exercício da função parental (Iaconelli, 2012).

Carnielli (2014) aponta que o último trimestre gestacional tende a ser marcado pela ambivalência entre o desejo do parto e a angústia do medo (de separação, do parto, da dor, da saúde do seu filho, entre outros). Esse sentimento de ambivalência não se encerra com o parto; vemos que a mulher segue atravessada por múltiplos sentimentos ambíguos, ainda que estes sejam diferentes daqueles vivenciados no último semestre gestacional. Santos e Gomes (2020) afirmam que, após o parto, a ambiguidade estaria associada à “queda” do bebê imaginado, posto que o bebê real jamais corresponderia integralmente às fantasias e imaginações projetivas maternas (Iaconelli, 2012). Dunker (2021, p. 50) complementa:

Uma característica importante da ideia de criança como uma espécie da obra de seus pais é que ela é estruturalmente uma obra sujeita à inadequação. O filho imaginado nunca é o filho encontrado. Somos todos anormais e deficitários em relação às expectativas e às funções que nos demandam.

Num raciocínio lacaniano, Iaconelli (2012) entende, entretanto, que essa “quebra” entre o bebê imaginado e o bebê real seria extremamente necessária, uma vez que, se a mãe continuasse numa posição de identificação narcísica com esse bebê imaginado, teria dificuldades de olhar para o bebê real e suas necessidades particulares, o que possivelmente desembocaria numa incapacidade de exercer uma maternagem continente. Portanto, o luto pelo bebê imaginado viabilizaria que a mãe se reorganizasse psicologicamente para ser capaz de, de forma integral, voltar-se aos cuidados do bebê real. É justamente por isso que alguns autores

compreendem que, mesmo quando o bebê é gestado pela mulher, a entrada dela na parentalidade poderia ser compreendida segundo o paradigma da adoção, uma vez que exige que a mãe dê conta de transpôr o abismo que separa aquilo o que originalmente se esperava e o bebê que de fato se apresenta (Garrafa, 2021).

Embora não discorresse sobre bebê imaginado versus bebê real, o psicanalista inglês Donald Winnicott compreendia que era possível que a mãe não experienciasse uma quebra na sua relação com o bebê real, mantendo-se bastante identificada e fusionada a ele, devido a uma condição emocional que ele observava que comumente atravessava as mães entre o período final da gestação e as primeiras semanas de vida do bebê, a qual ele chamou de preocupação materna primária (Esteves & Piccini, 2020; Soares, 2018). Nesta fase, segundo Winnicott (1956/1988), a mãe se encontra em uma condição psicológica muito especial, definida por uma sensibilidade aumentada, que a conduzia a um estado de devoção, identificação e fusão com seu bebê.

Assim, na obra winnicottiana, é justamente a capacidade da mãe de identificar-se às necessidades do bebê, sustentando a sua ilusão de onipotência de que ele e a mãe seriam um só, o que viabilizaria o seu desenvolvimento emocional. Isso porque, segundo Winnicott (1945/1978), para que o bebê possa efetivamente desenvolver o seu potencial inato, é necessário que ele conte com esse ambiente suficientemente bom, caracterizado pela constância, ou seja, por uma provisão que não provoca interrupções na continuidade de ser do sujeito, visto que estas acarretam em perdas desenvolvimentais importantes. Como destacam Santos e Gomes (2020), esse ambiente suficientemente bom, que geralmente é encarnado na figura materna, depende de alguns manejos importantes a serem realizados, tais quais o *handling*, que diz sobre a manipulação do bebê e sobre os cuidados físicos a serem tomados, o *holding*, que diz sobre a sustentação e a forma de se pegar o bebê no colo, e a gradual apresentação de objetos que compõem o ambiente. É somente com a repetição desses gestos sustentadores que se torna

viável o desenvolvimento emocional primitivo, vale dizer, a personalização satisfatória, a integração do bebê e o estabelecimento de uma relação não intrusiva com o ambiente exterior (Santos & Gomes, 2020).

Mas, independentemente se o que favorece o desenvolvimento emocional primitivo é a desidentificação da mãe em relação ao bebê imaginário ou, num avesso, a capacidade dela de identificar-se maximamente com o bebê real - compreensão essa que não é unânime entre as diferentes escolas psicanalíticas -, observamos que os autores da Psicanálise parecem convergir em relação à importância de que a mulher, após o parto, tenha condições de exercer um cuidado a esse bebê real que se sobrepõe ao bebê imaginado, sem o qual a constituição psíquica do bebê pode ficar comprometida. Surge aqui a dúvida sobre o que ocorre nesse processo, já altamente complexo, quando, após o parto, o bebê real revela-se radicalmente diferente daquele imaginado e demanda uma internação inesperada na UTI Neonatal.

**“Queria te descobrir, ligar minha câmera oculta, saber que não há nada de mal²”:
o parto e a internação na UTI Neonatal**

Quayle (2016, p. 141) afirma que “não existe gestação sem risco, assim como não existe vida sem morte; viver é arriscar-se, gestar também (...) um plano, por mais bem elaborado que seja, pode não se concretizar”. A partir desse trecho, a autora busca escancarar que, mesmo quando a evolução do pré-natal é positiva, podem ocorrer “imprevistos”, como complicações durante a hora do parto que podem desembocar, dentre várias possibilidades, a internação inesperada do neonato na UTI.

Embora a autora faça esse alerta, como se quisesse preparar as gestantes para a possibilidade de que qualquer bebê corre o risco de vir a ser internado numa UTI Neonatal,

² Para ilustrar essa parte da fundamentação teórica, escolhemos esse trecho da letra da música “Tchau” de Bebeto Alves, como forma de retratar o sofrimento mediante um momento tão difícil como o da internação do bebê em uma UTI Neonatal, em que a mulher se vê atravessada pelo desejo da descoberta desse filho, que, no entanto, ainda não pode ser encontrado (ou ter tido um encontro com os pais).

como bem pontuam Lima e Smeha (2019), mesmo quando a mulher é avisada previamente que haverá a necessidade de internação imediata pós-parto, isso não significa que seu sofrimento será atenuado, posto que há a instauração da possibilidade da morte do filho. Afinal, uma UTI Neonatal se encontra num limiar entre o lugar que salva e o lugar onde a morte se aproxima.

Assim, não há, de acordo com Morsch e Braga (2007), nenhuma preparação que faça com que os cuidadores não sofram frente à distância abismal entre o bebê imaginado e o bebê real, quando esse último se revela um bebê adoecido, hospitalizado e que, na visão dos cuidadores, passa a ser representado por um emaranhado de fios e linhas. Não apenas o bebê entre linhas, às vezes com a vida por um fio, pode ser uma imagem terrorífica, como o próprio ambiente da UTI Neonatal pode carregar algo de traumático. Afinal, a rapidez tecnológica, os barulhos, as fortes luzes, os cheiros dos medicamentos e a grande movimentação transformam aquele ambiente do ninar num espaço caracterizado por uma montanha russa de acontecimentos (Lima & Smeha, 2019).

Para além desses aspectos relativos ao bebê e ao ambiente invasivo da UTI Neonatal, na literatura especializada, são frequentemente encontradas narrativas dos pais em relação ao mal-estar com aqueles que se “interpõem” entre eles e os bebês internados, demarcando as linhas que separam o dentro e o fora da UTI Neonatal: os profissionais da equipe intensivista. Como o bebê se mostra dependente desse “terceiro” para sobreviver, não raro os pais, que até então supunham que seriam eles os cuidadores principais, sentem-se meros telespectadores à mercê da comunicação e da prestação de serviço da equipe multiprofissional (Morsh & Braga, 2007; Soares, 2018).

Por vezes, esse lugar de principais responsáveis por dar suplência à vida da criança acaba conduzindo esses profissionais a ocuparem uma posição de “autoridade” em relação aos pais, como se a eles coubesse avaliar a (in)capacidade dos pais em exercerem uma parentalidade suficientemente boa ao bebê internado. Iaconelli (2012) discute essa questão ao apresentar um

caso clínico em que ela se viu diante da necessidade de não apenas fazer intervenções clínicas para fortalecer a díade mãe-filha, mas, também, para auxiliar a equipe intensivista a confiar na capacidade daquela mulher de vir a ocupar-se dos cuidados do bebê que se encontrava sob a sua responsabilidade.

Vemos, desse modo, que o nascimento de um bebê que demanda ser internado na UTI Neonatal é marcado por um desencontro de maior magnitude do que aquele já naturalmente esperado quando a mãe se vê diante do filho real, diferente do bebê imaginado. Os cuidados urgentes visando à sobrevivência física do bebê se sobressaem às tarefas parentais, fazendo com que esses cuidados parentais fiquem “congelados” até a alta do bebê. Assim, o nascimento seguido de uma internação acaba ganhando um sentido avesso, já que não é motivo de felicidade ou de comemoração, pois, no lugar de festa, abre-se espaço para angústia e para incerteza.

Embora devamos ter cuidado para não assumirmos formulações psicopatologizantes, pensamos, em consonância com Lima e Smeha (2019), que esse fenômeno demanda olhar atento da Psicologia clínica, uma vez que existe aí o potencial de a mulher ter o seu psiquismo duramente abalado, o que pode vir a comprometer a sua capacidade de constituir uma maternagem suficientemente boa ao bebê que, mesmo num contexto de UTI Neonatal, entendemos que segue bastante dependente desse ambiente familiar encarnado geralmente na mulher (Soares, 2018). De acordo com Garrafa (2021), se pensarmos que a constituição psíquica do bebê encontra-se intimamente ligada à constituição da posição parental, faz sentido nos indagarmos a respeito de como se dá essa experiência de maternagem em mulheres cujos bebês são mantidos longe delas. Em termos winnicottianos, como se dá a preocupação materna primária nesses casos?

Vale ainda destacar que, no momento em que essa pesquisa foi realizada, estávamos diante de um cenário de pandemia, provocada pela COVID-19, em que medidas de isolamento foram impostas, com o intuito de diminuir o risco de contágio. Conforme apontam Souza e

Machado (2021), dentre os vários corpos que sofreram com as medidas de isolamento, os corpos das mulheres-mães teriam sido mais afetados, já que foram elas que tiveram que lidar, de maneira geral, com a permanência contínua dos filhos em suas casas, às vezes tendo que conciliar essa questão com a realização do trabalho profissional no ambiente doméstico (Aiello-Vaisberg, Gallo-Belluzzo, & Visintin, 2020; Santos, Santiago, Lopes, Merighi, Duarte, & Cyrino, 2021).

No presente estudo, entretanto, em função das especificidades envolvidas, as mulheres-mães não se encontravam confinadas dentro de casa com seus filhos; pelo contrário, os bebês estavam “confinados” numa UTI Neonatal, sendo mantidos isolados delas que, por sua vez, também tinham a sua mobilidade reduzida em função do avanço proeminente da pandemia. Encontramos, na literatura científica, alguns poucos estudos dedicados a essa maternagem peculiar atravessada por duplo confinamento - o da UTI Neonatal e o da pandemia -, dentre os quais podemos citar os de Rocha e Dittz (2021) e Morsh, Custódio e Lamy (2020). Tratam-se de pesquisas que apontam que, em função da pandemia, foram adotados protocolos específicos no ambiente hospitalar, o que acabou inevitavelmente influenciando na relação da díade mãe-bebê. Afinal, as mulheres precisaram conjugar preocupações específicas da pandemia (como o risco de contaminação de si mesmas e dos familiares, questões financeiras, questões de luto, dentre outras) com as inquietações próprias da internação do bebê na UTI Neonatal.

Mediante o exposto, o presente estudo teve como objetivo investigar a experiência emocional de mulheres que, durante a pandemia, tiveram os seus recém-nascidos internados numa UTI Neonatal.

Método

Após a aprovação do Comitê de Ética de pesquisas envolvendo seres humanos (CAAE: 44107321.5.0000.5152), iniciou-se a busca por participantes dentre as mulheres que

acompanhavam a internação de seus filhos na UTI Neonatal de um hospital universitário situado no interior de Minas Gerais, cuja unidade Neonatal abrange vários níveis de atendimento ao recém-nascido, desde o recém-nascido saudável, como bebês gravemente doentes e nascidos prematuramente, proporcionando rede de cuidado e de apoio.

Ao longo do período de maio a setembro de 2021, em que a pesquisadora ia à sala de espera no período da tarde, foi possível contar com a participação de onze mulheres, cujas informações encontram-se na seguinte tabela:

Nome	Idade	Motivo da Internação	Tempo de internação	Tem outros filhos?	Inserida no mercado de trabalho?
Bethânia	25	Prematuridade	7 dias	Sim	Não
Gal	32	Prematuridade	5 dias	Sim	Sim
Marisa	31	Prematuridade	6 dias	Não	Sim
Céu	35	Prematuridade	7 dias	Não	Não
Rita	35	Malformação	1 mês	Sim	Sim
Cássia	25	Prematuridade	5 dias	Não	Não
Ivete	21	Prematuridade	1 mês	Não	Não
Elis	23	Prematuridade	3 dias	Não	Sim
Maria Rita	35	Infecção perinatal	5 dias	Sim	Sim
Roberta	29	Prematuridade	1 mês	Não	Sim
Elza	23	Prematuridade	3 meses	Não	Sim

Cabe destacar que, no desenho metodológico inicial, havia sido previsto realizar consultas terapêuticas, que consistem num dispositivo clínico desenvolvido por Winnicott (1971/1984). Nesse enquadre clínico mais abreviado, se comparado ao *setting* clássico psicanalítico, Winnicott realizava poucos encontros (por vezes apenas um), compreendendo, entretanto, que, caso esse pouco tempo não fosse desperdiçado, tais encontros poderiam ser potencialmente mutativos, no sentido de promoverem uma comunicação emocional

significativa e, ao mesmo tempo, de restabelecer a confiança do indivíduo em relação ao ambiente. Nessas consultas terapêuticas, Winnicott (1968/1994) lançava mão do jogo do rabisco, que consistia num brincar por meio do qual ele e seu paciente faziam alternadamente rabiscos aleatórios, numa folha de papel, numa tentativa não apenas de aproximar-se de modo “brincante” de aspectos tão angustiantes, como, também, o de instaurar um campo de mutualidade, vale dizer, simétrico, entre a dupla analítica.

Desse modo, havia sido previsto realizar três encontros individuais com cada uma das participantes, ao longo de três semanas consecutivas, enquanto os bebês estivessem internados na UTI Neonatal e as mulheres seguissem acompanhando-os nesse contexto hospitalar. A ideia era a de que tais encontros ocorreriam em uma sala acoplada à sala de espera da UTI Neonatal, disponibilizada pelo hospital, que, por ser munida de mesa e cadeiras, viabilizaria inclusive a realização de desenhos. Contudo, ao invés das consultas terapêuticas aqui realizadas serem mediadas literalmente pelo jogo do rabisco, dado o entendimento de que seria possível adotar qualquer técnica expressiva que favorecesse a criação de um ambiente marcado pela ludicidade e mutualidade (Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007), optou-se por recorrer à realização de desenhos-estórias livres, feitos tanto pelas participantes quanto pela pesquisadora. Assim, a partir desse recurso mediador, imaginou-se que, ao final de cada consulta terapêutica, a participante seria convidada a realizar um desenho livre, enquanto a pesquisadora faria o mesmo. Após, cada uma delas inventaria uma história sobre aquilo o que desenhara, compartilhando a sua produção uma à outra. Trata-se de uma estratégia metodológica inspirada no paradigma do jogo do rabisco de Winnicott e que já foi usada eficazmente em pesquisas prévias, também desenvolvidas por meio de consultas terapêuticas no campo da perinatalidade, seja com mulheres que sofreram perda gestacional recente (Tachibana, 2006), seja com gestante adolescente que tentara provocar a interrupção de sua gestação não planejada (Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007).

A despeito do que havia sido idealizado, não foi possível realizar mais de uma consulta terapêutica com as participantes, que, em sua maioria, não foram encerrados com a elaboração de desenhos-estórias produzidos pela dupla participante-pesquisadora. Em relação à impossibilidade de realizar uma pesquisa “longitudinal”, ao longo de três semanas, isso ocorreu porque, em função do cenário pandêmico, o hospital passou a privilegiar a estratégia de alta antecipada, judiciosamente adotada pela equipe médica, visando diminuir o tempo de permanência das mães e dos bebês em um ambiente potencialmente contagioso. Assim, era comum que as mulheres já não estivessem frequentando o ambiente hospitalar nas semanas seguintes à realização da primeira consulta terapêutica. Já no que concerne aos desenhos-estórias, ocorreu que a maioria das consultas terapêuticas não foi realizada na sala que havia sido disponibilizada pelo hospital, seja porque as participantes sentiam desconforto físico devido ao parto recente e preferiam não se locomover até ela, seja porque esse espaço estava sendo utilizado. Com os encontros sendo realizados na sala de espera, sem uma infra-estrutura que viabilizasse uma posição confortável para a realização dos desenhos-estórias, entendeu-se que a realização deles não era possível, ao ponto de as últimas participantes nem terem sido convidadas a fazê-los.

Após a realização de cada consulta terapêutica, foi redigido um texto, por parte da pesquisadora, contendo as suas impressões transferenciais e contratransferenciais a partir daquele encontro. Essa forma especial de escrita, que, ao invés de limitar-se ao discurso manifesto das participantes, como ocorreria no contexto de uma transcrição de gravação de entrevista, valoriza a personalidade do pesquisador, tem sido chamada de “narrativa transferencial” (Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron, & Beaune, 2009) e tem sido usada amplamente em pesquisas psicanalíticas.

Em seguida, o conjunto das onze narrativas transferenciais foi analisado segundo o método psicanalítico. Desse modo, por meio da adoção da atenção flutuante, isto é, da

capacidade de receber e se posicionar mediante o material apresentado pelo indivíduo estando livre de pré-julgamentos morais e de prévias interpretações (Zlotnic, 2002), foi possível compreender interpretativamente aquilo o que foi comunicado pelas participantes e experienciado nas consultas terapêuticas vividas com elas. A partir daí, o material foi organizado em três categorias que estariam subjacentes à experiência emocional das participantes frente à hospitalização de seus bebês na UTI Neonatal, ao longo da pandemia.

Resultados e discussão

A partir da análise psicanalítica do material, foram estabelecidas três categorias, a saber:

1) “Meu colo alimenta a você e a mim, deixa eu mimar você, adorar você”: a relação entre a mãe e seu bebê; 2) “Do que trago aqui, bem dentro de mim”: a relação da mulher consigo mesma enquanto mãe; e 3) “Eu tô aqui, pronta pra escutar, seja lá o que você quiser desabafar”: a relação da mãe com o ambiente hospitalar.

“Meu colo alimenta a você e a mim, deixa eu mimar você, adorar você”³: a relação entre a mãe e seu bebê

Essa primeira categoria versa sobre a experiência emocional das mães em relação aos filhos internados. A partir das consultas terapêuticas realizadas, foi possível identificar que as participantes sentiam que a relação entre elas e seus filhos era tão atravessada pelo ambiente hospitalar que algumas delas chegavam a temer vir a experienciar a relação mãe-bebê fora desse contexto. Ainda que várias participantes tenham discorrido sobre sua experiência neste processo, selecionamos o trecho da narrativa transferencial referente à consulta de Elza:

³ Trecho retirado da música “Só agora”, de Pitty. Essa música busca representar como se dá o cuidado entre a mãe e o bebê. O trecho em específico nos mostra sobre como a dualidade do cuidado se dá nesta relação.

Quando chego à sala de espera, me deparo com algumas mulheres e percebo que nenhuma delas apresentava características que remetessem a um parto recente, como, por exemplo, roupas pós cirúrgicas. De fato, ao abordar Elza, ela me conta que estava completando mais um “mêsversário” na UTI, relatando que está acompanhando seu bebê há três meses. Seu filho, Isaac, nasceu de 25 semanas e, desde então, ela está todos os dias no hospital. De modo embotado, Elza conta que sua rotina é sempre a mesma: acorda às 6 horas, o marido a deixa no hospital e ela vai embora só às 18 horas. Mas, em tom choroso, ela diz que tem medo de uma rotina fora do hospital, apesar de desejar muito que o filho retorne logo para a casa. Elza diz ter receio dessa volta: “Sei quando ele está dessaturado, sei a melhor posição que ele tem que ficar para voltar a respirar..., mas tenho medo de cuidar da parte bebê dele”. A participante complementa dizendo que já pegou o filho no colo, mas nunca o amamentou, nunca o trocou, nunca deu banho nele e que não sabe como vai fazer isso.

No excerto destacado, observamos o sofrimento materno quanto aos cuidados primevos do bebê, com Elza comunicando sobre um não-saber amamentar, não-saber trocar e não-saber dar banho. Notamos, ainda que, paralelamente a um sentimento de não-saber, a participante parecia também nutrir o sentimento de estar diante de uma equipe hospitalar onipotentemente sábia, o que resultava nesse receio de vir a ter uma relação com o próprio bebê que não fosse atravessada pelo hospital⁴.

Num primeiro momento, poderíamos pensar que esse receio estivesse associado ao cenário de pandemia, que trouxe implicações para a dinâmica na UTI Neonatal, tal como pôde ser observado no próprio campo de pesquisa e em estudos recentes. Com a chegada do COVID-19, as práticas facilitadoras tiveram que ser reformuladas, dentre as quais a alta antecipada, visando à redução do tempo dos cuidadores primários em um ambiente potencialmente

⁴ Iaconelli (2021) apresenta o caso descrito por Michele Matelin (1999), em uma UTI Neonatal francesa, que ficou conhecido pelo fato de que, quando o bebê prematuro teve alta hospitalar, a mãe recusou-se a levá-lo para casa, alegando não ter sido ela quem se ocupou de seus primeiros cuidados.

infeccioso (Rocha & Dittz, 2021; Morsch, Custódio, & Lamy, 2020). Em especial em relação à alta antecipada, Rocha e Dittz (2021) apontam que ela acabou fazendo com que o encontro gradual entre a mãe e o bebê, ao invés de se dar com o suporte da equipe multidisciplinar hospitalar, ocorresse de maneira insuficientemente boa, aumentando o sentimento de desamparo materno, o que pode levar a mãe a experimentar sentimentos de impotência e de incapacidade, vale dizer, a um estado de não-saber. Desde essa perspectiva, podemos nos questionar se, com as medidas impostas pelo cenário pandêmico, a ambivalência afetiva materna - desejar a alta do bebê e, ao mesmo tempo, temer perder esse ambiente hospitalar que aparenta ser mais seguro que o mundo exterior -, não acabou cedendo lugar a um temor da alta hospitalar maior do que a um desejo pela mesma.

Num segundo momento, compreendemos que esse receio de relacionar-se com o bebê fora do ambiente hospitalar, para além das questões de pandemia, estivesse relacionado também a uma dependência emocional das mães em relação aos profissionais, o que, por vezes, é cunhada pelos próprios especialistas. Sem falar especificamente do contexto de UTI Neonatal, Winnicott (1957/1987), em seu célebre texto “Contribuições da psicanálise a obstetrícia”, dirigido aos profissionais que atuam na área de obstetrícia, já compartilhava a sua preocupação de que na relação quádrupla que se estabelece entre o pai, a mãe, o bebê e a equipe hospitalar, a mãe viesse a se sentir furtada em exercer o que Winnicott chamava de maternagem suficientemente boa. Existiria a possibilidade de a mãe, que estaria em um momento de maior sensibilidade e fragilidade, fosse “invadida” pelos profissionais especialistas, o que a levaria a abrir mão de exercer de modo espontâneo os seus cuidados junto ao bebê, vale dizer, de seu gesto espontâneo para a maternagem (Winnicott, 1957/1987)?

Vemos assim, como bem apontam Gomes e Santos (2020), que Winnicott apostava na capacidade da mãe de ofertar um cuidado suficientemente bom ao bebê, tanto que ele próprio receava que ele pudesse vir a tecer comentários que “atropelassem” a relação mãe-bebê pelo

seu saber médico. Entendemos que essa aposta de Winnicott de que a mulher, se não fosse furtada, saberia como agir com o bebê relacionava-se intimamente com a sua compreensão acerca da preocupação materna primária, já apresentada previamente. Assim, como destacam Miranda, Timo e Belo (2019) em sua análise da obra winnicottiana, Winnicott confiava que as vivências corporais experienciadas pela mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal a auxiliariam, dentre outros fatores, a conseguir adaptar-se ativamente às necessidades do bebê, com a dimensão psíquica do cuidado materno estando bastante atrelada à dimensão fisiológica do corpo.

Contudo, quando, no contexto de UTI Neonatal, os corpos da mãe e do bebê são mantidos à distância um do outro (a ponto de algumas mulheres, tais como Elza, jamais terem conseguido tocar em seus bebês internados), surge a dúvida acerca de como essa preocupação materna primária pode ser sustentada. Afinal, a literatura especializada de fato tem apontado que o contexto de UTI Neonatal pode dificultar a construção do vínculo entre a díade mãe-bebê (Esteves & Piccinini, 2020; Gomes & Santos, 2020), uma vez que existe a restrição da troca de olhares, da proximidade física, dos diálogos tônicos e das expressões faciais (Morsch & Braga, 2007).

Morsch e Braga (2007), seguindo um raciocínio winnicottiano, levantam a hipótese de que, por vezes, a relação entre a díade mãe-bebê é tão atravessada pelo ambiente hospitalar que a mulher acaba se centrando mais nos cuidados de ordem médica, observando os procedimentos médicos, verificando os prontuários, dentre outros. Assim, é como se houvesse uma “perversão” do cuidado materno, uma vez que a mulher experienciaria uma inversão de prioridades, como se a preocupação materna primária cedesse lugar a uma preocupação médico-primária (Morsch & Braga, 2007), talvez em resposta à colonização do saber médico.

Outras participantes, além de Elza (que declarava não saber olhar para o filho em sua parte bebê), pareciam estar vivenciando essa preocupação médico-primária. Dentre elas, destacamos Roberta, cujo trecho de narrativa transferencial apresentamos a seguir:

Logo no início da consulta terapêutica, Roberta me conta que já estava há um mês acompanhando sua filha na UTI e que, nesse interim, havia experienciado uma “evolução emocional”. Ela relata que, no começo, estava muito mal, mas que aos poucos foi melhorando, à medida em que Gal ia se desenvolvendo e respondendo bem aos procedimentos médicos, como se a participante traçasse um paralelo entre a melhora da filha e a capacidade dela de sentir-se mais fortalecida. Roberta me conta que, quando não está visitando a filha, sempre pensa nela e menciona que comprara uma escova de dentes nova para a filha, na farmácia, comentando que, em sua época, não tinha tanta coisa para bebê. Na sequência, Roberta conta que sempre quis ser mãe de uma menina, por querer uma companheira e uma amiga. Diz que quer muito “enfeitar” sua filha para que ela se sinta como uma “princesinha”, muito amada e querida; por isso, ela diz que passa horas comprando roupinhas e lacinhos para sua filha, até mesmo quando está descansando na sala de espera”.

Selecionamos essa vinheta clínica uma vez que, ao mesmo tempo em que Roberta discorre sobre os procedimentos médicos e sobre a rotina hospitalar, à luz da preocupação médico-primária, ela também expressa sinais de se sentir bastante identificada com a filha, seja sentindo-se melhor à medida em que ela melhora, seja lembrando-se de sua própria infância quando vai fazer compras para a filha. É possível pensarmos também que o fato dela ficar comprando roupas para a bebê, enquanto está na sala de espera da UTI Neonatal, indicaria a sua capacidade materna de sonhar com a filha, como se a espera na UTI Neonatal estivesse sendo vivida como um segundo tempo da espera gestacional, ou seja, como um tempo “preparatório” para vir a receber integralmente a bebê. Nesse sentido, seria possível pensarmos que Roberta estaria dando mostras de uma preocupação materna primária, tal como descrita na

obra winnicottiana? Em caso positivo, seria possível compreender a preocupação médico-primária como uma função apenas provisória e transitiva, servindo de anteparo para o vazio que o cenário intensivista impõe às mães (Morsch & Braga, 2007), ao invés de algo que se opõe à preocupação materna primária?

Outras participantes também manifestaram a capacidade de se identificar maximamente com seus filhos, a despeito de algumas delas terem conseguido tocar em seus bebês apenas uma única vez. A fim de ilustrar essa questão, selecionamos o trecho de narrativa transferencial relativa à consulta terapêutica com Marisa:

Marisa estava cabisbaixa na sala de espera, num canto, mexendo no celular. Ao aproximar-me dela para convidá-la a participar da pesquisa, ela logo me conta que está acompanhando seu primogênito, que nasceu prematuro. Com muito sofrimento, ela lamenta por não poder sentir o próprio filho, relatando que, como ainda não conseguiu tocá-lo, não sabe como é o calor dele. À medida em que a consulta terapêutica transcorre, ela comenta que sente muito frio dentro da sala onde Chico está internado, mas diz acreditar que pode ser um “frio psicológico”, porque sabe que não está tão frio assim. Acrescenta que, na verdade, ela é que talvez se sinta angustiada por ver seu filho sem nenhuma roupinha que sirva para esquentar.

Esteves e Piccinini (2020) apontam que o toque físico entre mãe e bebê, dentro do contexto de internação na UTI Neonatal, é raridade, posto que a condição física precária do bebê surge como um empecilho para a entrada da mãe. Os autores destacam, contudo, a constatação de que a maior proximidade física da mãe para com seu filho que está em internação tem um efeito duplamente positivo, uma vez que: 1) há a melhora física do bebê; e 2) há maior vinculação entre a díade mãe-bebê.

Seria possível acrescentarmos a esses dois aspectos a compreensão de que o contato corpóreo entre a mãe e o bebê teria também o efeito positivo de favorecer a constituição

psíquica do bebê. Essa é uma questão que foi bastante discorrida a partir da teorização de Eu-pele, cunhada pelo psicanalista francês Didier Anzieu. Segundo Anzieu (1989), nos primórdios da vida, o Eu psíquico é precedido por aquilo o que ele chamava de Eu-pele, com a experiência da superfície do corpo sendo fundante para o psiquismo do bebê. Nesse sentido, a pele deveria ser olhada não apenas em sua vertente biológica, mas também em sua vertente “cultural” (Durski & Safra, 2016).

A pele, em sua vertente biológica, seria a responsável pelas percepções táteis e térmicas, sendo a encarregada por permitir o contato com a realidade. Assim, o Eu seria inicialmente corporal, com o corpo servindo de veículo para a formação do Eu (Durski & Safra, 2016). Entretanto, haveria também uma dimensão de “pele cultural”, uma vez que todas as ações realizadas sobre o corpo do bebê também teriam uma grande influência em sua constituição de Eu psíquico (Durski & Safra, 2016).

Pohl e Neves (2020), ao fazerem uma revisão do corpo à luz da Psicanálise, abrangendo inclusive a teorização do Eu-pele de Anzieu (1989), apontam que, quando a mãe embala o corpo do bebê, acaba partilhando com ele a fantasia de terem uma pele em comum, de uma fusão cutânea, o que auxilia o bebê a constituir o seu Eu-pele a partir da introjeção desse envoltório.

Desde essa perspectiva, seria possível pensarmos que a ausência de contato físico entre a mãe e o bebê comprometeria, no que diz respeito ao bebê, o desenvolvimento físico, o desenvolvimento psíquico e a sua vinculação com a sua mãe. Por outro lado, no que diz respeito à capacidade da mãe em vincular-se ao seu bebê, notamos que, a despeito dessa ausência de contato físico, as participantes sentiam-se profundamente conectadas com seus filhos, tanto que Marisa traz o não-saber a respeito do calor do corpo do filho, mas discorre sobre sentir, na própria pele, o frio que ela supõe que ele possa estar sentindo por estar desnudo na UTI Neonatal. A participante fala sobre isso talvez ser um frio psicológico, mas, acima de tudo, sem

dar-se conta, fala de uma relação bastante acalorada com o bebê que ela jamais tocara. Essa questão também pôde ser observada ao longo da consulta terapêutica realizada com Bethânia:

Quando convidei Bethânia para participar da pesquisa, percebi que ela andava com muita dificuldade, como se “segurasse” sua barriga, andando bem devagar. A participante me conta logo no início da consulta terapêutica que o filho nascera prematuro e, por isso, estava internado. Por morar em outra cidade, estava hospedada em uma casa de acolhimento, de modo que a participante passava seus dias apenas na companhia das outras mães, que estavam no hospital, e de seu filho, que ainda permanecia internado. Bethânia relata sobre seu sofrimento ao ver alguns procedimentos sendo feitos em seu bebê, destacando em especial a sonda, que ela fantasiava ser tão incômoda a ponto de senti-la em seu corpo também. Logo, ela associa livremente que talvez a dor da cesária seja uma explicação para isso, reclamando bastante da dor física que eu já havia notado que a atravessava. Ela complementa: “Tenho que ser forte ainda, para me manter firme, para cuidar do Erasmo, para cuidar do meu marido. Estou me segurando”. Quando estávamos caminhando para o final da consulta terapêutica, pergunto à participante se ela gostaria de fazer um desenho de tema livre. Com um giz de cera, a participante desenha sua família em um espaço aberto, identificando cada um dos bonecos desenhados e dizendo: “Aqui sou eu, meu marido, Renato (seu outro filho) e Erasmo... Estamos juntos passeando no parque”.

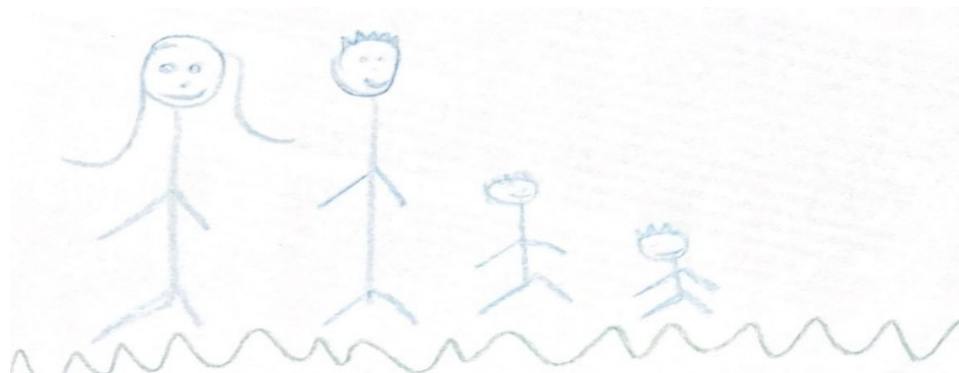


Figura 1: Desenho realizado por Bethânia

Novamente deparamo-nos com um material que descortina a possibilidade da mulher experimentar a sensação de identificação/fusão de seu corpo com o corpo do bebê, a despeito da ausência de toques corpóreos entre eles. Notamos, assim, que as participantes pareciam ser capazes de constituir esse envelope psíquico aos seus bebês e identificar-se corporalmente com os corpos deles, mesmo sendo furtadas do contato físico com eles. Nesse sentido, observamos que as mães, sendo mantidas de modo distanciado de seus bebês, não ficam alienadas deles.

Iaconelli (2012) entende que isso ocorre porque, a despeito da reprodução dar-se no corpo, a relação maternal não se instala necessariamente a partir daí. Assim, do mesmo modo que a gestação e o parto não são suficientes para criar o deslocamento afetivo em direção ao bebê (Iaconelli, 2021), até porque o mero toque físico não é o suficiente para remendar uma relação mãe-bebê que se encontra devastada (Esteves & Piccinini, 2020; Soares, 2018), seria possível pensar que o distanciamento físico entre mãe e bebê não inviabilizaria esse investimento afetivo da mãe para com ele.

Consideramos essas reflexões valiosas uma vez que descortinam que a distância física entre mãe e bebê, impedindo que essa díade tenha uma experiência concreta de fusão, não impossibilita a fusão imaginária que a mãe mantém com o filho. Remontando ao desenho de Bethânia, seria possível pensarmos que, mais do que representar uma cena em que os corpos de todos da família estão reunidos, ele expressa a capacidade da participante de sonhar com o seu bebê, apontando sua disposição psíquica em investir-se nele. Seria esse um indicativo da capacidade da participante de experimentar a preocupação materna primária? Seria esse também um indicativo de que, em meio às dores corpóreas sentidas, fossem elas dores da cesárea ou dores de identificação com as possíveis dores sentidas pelo bebê, estávamos diante de uma mulher que manifestava o corpo-a-corpo com aquele bebê?

“Do que trago aqui, bem dentro de mim”⁵: A relação da mulher consigo mesma enquanto mãe

Se na categoria anterior foi discutida a experiência emocional da mulher com o seu bebê internado, na presente categoria pretendemos abarcar as produções imaginativas das participantes em relação a si mesmas enquanto mães. Assim, enquanto, na categoria anterior, pudemos observar que o relacionamento entre a mãe e seu bebê é atravessado pelo ambiente hospitalar, na presente categoria, percebemos que as mulheres consultadas encontravam-se atravessadas pelo sentimento de culpa materna. Ainda que várias participantes tenham discorrido sobre isso, selecionamos o trecho da narrativa transferencial referente à consulta terapêutica com Elis:

Elis estava isolada num canto da sala de espera, chorando. Tão logo faço o convite para que ela participe da pesquisa, Elis me conta que sua filha nasceu prematura, de 32 semanas, mas que é maior do que os outros bebês ali internados. Logo após a participante me trazer esse aspecto positivo de sua filha – ser maior do que os outros -, ela desaba, chorosa, falando sobre a fragilidade da filha e o arrependimento de não ter feito faculdade de Medicina. Isso porque Elis entende que, caso tivesse feito Medicina, não apenas conseguiria, naquele momento, ajudar a filha em termos de procedimentos médicos, mas, também, porque o dinheiro que ela acredita vir desta profissão faria com que ela fosse independente. À medida em que a consulta prossegue, Elis revela que aquela gravidez havia sido fruto de um relacionamento conjugal bastante violento. Por conta disso, Elis diz que começou a ter dúvidas acerca de sua capacidade de ser uma boa mãe e de conseguir, de modo independente, cuidar da filha, o que a levou a comprar comprimidos para abortar quando estava com 20 semanas de idade

⁵ Trecho retirado da música “Agora eu já sei”, de Ivete Sangalo, que representa uma tentativa de traduzir o sentimento da maternidade e a aceitação de que ele não se traduz

gestacional. A participante me conta, entretanto, que desistiu de abortar, mas que acreditava que seus pensamentos haviam provocado o nascimento prematuro de Elisa.

No excerto acima observamos que, inicialmente, Elis traz o sentimento de culpa por não ter uma formação profissional que lhe dê segurança para saber como cuidar de sua bebê prematura, o que mais uma vez descortina o sentimento da mulher de que a relação mãe-bebê fica a mercê do saber médico, tal como discutido na categoria anterior. Num segundo momento, entretanto, entendemos que Elis sente-se culpada não apenas por não conseguir cuidar de modo independente da filha, mas, também, por fantasiar que de alguma maneira ela teria sido responsável pelo parto prematuro, como se a força de seus pensamentos sobre o aborto tivesse onipotentemente ocasionado a “interrupção” daquela gravidez pela via de um parto prematuro. Há, assim, um sentimento de culpa pela escolha do curso, pela escolha do parceiro conjugal e, também, pela escolha em comprar medicamentos abortivos⁶.

Mas, independentemente dessa fantasia de culpa de Elis de que ela teria de alguma maneira provocado o quadro de internação de sua filha, o que seguramente se associa ao fato de que vivemos em uma sociedade que criminaliza o aborto provocado e que culpabiliza a mulher que não corresponde ao ideal de maternidade, entendemos que, mesmo se ela não tivesse comprado o medicamento abortivo, ainda assim se sentiria culpada pela internação do bebê. Segundo Fonseca, Rocha, Cherer e Chatelard (2018), não é incomum que as mães que estão passando pela internação de seus recém nascidos na UTI, independentemente de qual seja o motivo da internação, se sintam não apenas impotentes e fracassadas, mas, também, culpadas.

⁶ Vale pensarmos que essa fantasia de culpa (de que o parto prematuro equivaleria a uma produção onipotente da mulher) encontra eco em certos estudos psicanalíticos que, numa leitura radical, fazem uma interpretação de que os problemas gestacionais seriam fruto do psiquismo da mulher. Langer (1986), no clássico livro “Maternidade e sexo”, defendia que o desejo inconsciente é tão poderoso e onipotente que gerava, no corpo da mulher, uma série de sintomas físicos que seriam capazes de interromper o percurso “normal” da gravidez. Assim, a psicanalista defendia que os percalços gestacionais vivenciados por mulheres que não desejavam ser mães derivavam de uma produção psíquica da mulher, o que, ao nosso ver, é uma compreensão reducionista do fenômeno, além de um discurso que corrobora com a culpabilização da mulher.

Isso ocorreria, conforme Fonseca et al. (2018), por dois motivos: 1) em função do imaginário cultural que prevê que toda mulher é atravessada por um instinto materno que a conduz a um amor incondicional em relação ao bebê; e 2) em função das questões de cunho biológico (menstruação, gestação, amamentação) que acabam reiterando a ideia de que a mulher é a responsável onipotente pelo o que se dá na gestação.

Em relação ao primeiro deles, há várias décadas as feministas vêm tentando desconstruir o mito do amor materno. Dentre elas, cabe destacarmos a feminista francesa Elisabeth Badinter (1985), cuja obra “Um amor conquistado: O mito do amor materno” ficou conhecida justamente pelo fato dela desvelar como essa ideia de que a relação mãe-bebê é perpassada por um instinto materno é, na verdade, um mito que advém de uma construção social e histórica. Mas, apesar das conquistas feministas e do reconhecimento, por parte da literatura científica, de que toda gestação é marcada por momentos de ambivalência afetiva (Rocha & Dittz, 2021), seguimos em uma cultura que espera que a mulher experiencie uma espécie de “magia gestacional”, aos moldes do mito do instinto materno, o que a desautoriza a expressar abertamente a sua ambivalência materna. Assim, quando ocorre alguma intercorrência gestacional e o bebê é internado na UTI Neonatal, Fonseca et al. (2018) notam que a mulher comumente se culpabiliza, fantasiando que o que ocorreu decorre dos sentimentos ruins que foram experienciados naturalmente por ela na gestação e que, no entanto, não são socialmente reconhecidos. É nesse sentido que compreendemos que, mesmo que Elis não tivesse chegado ao ponto de comprar medicamentos abortivos, ainda assim teria se sentido culpada pelo ocorrido com o bebê.

Em relação ao segundo aspecto elencado, isto é, o de que a mulher seria responsável pelo o que ocorre com o bebê, uma vez que a gravidez se inscreve no corpo feminino, ele fica evidente a partir do seguinte trecho da narrativa transferencial relativa à consulta terapêutica com Gal:

Quando vejo Gal na sala de espera, percebo que ela tinha acabado de sair do local onde os bebês ficam internados. Ela andava devagar e cabisbaixa, chorando. Ao contar sobre a história gestacional de sua filha, ela diz que, quando tinha aproximadamente quatro meses de gravidez, sangrou um pouco e, quando foi ao hospital, descobriu que tinha um leve descolamento de placenta, ou seja, que a sua gravidez era considerada de risco. Depois disso, Gal conta que começou a ser super cuidadosa e super protetora, mas, chorando, fala que não conseguiu segurar sua filha por muito tempo, dizendo que Sandy nasceu prematuramente. O momento do parto, para Gal, foi “a pior noite de sua vida”... Ela diz que acordou durante a madrugada sentindo fortes dores, e já começou a chorar desesperadamente, não somente pela dor mas, também, por pensar que sua filha poderia morrer. Gal conta que a dor que sentiu foi bem maior que a de seu primeiro parto, o que fez com que ela pensasse que ou ela ou a filha não iriam sobreviver, dizendo que estava disposta a morrer para deixar sua filha viver. Gal relata temer que, no contexto da internação na UTI Neonatal, algo acontecesse com sua filha e ela não recebesse a notícia a tempo de reagir e conseguir salvá-la. Já no fim da consulta terapêutica, enquanto conversávamos sobre os sonhos que ela tinha com relação ao destino de sua filha, somos interrompidas por uma ligação da babá de sua filha mais velha. A babá telefonava para dizer-lhe que a criança estava passando mal e com muita febre. Gal se desculpa repetidas vezes comigo e diz que vai ter que ir para casa para socorrer a outra filha.

Selecionamos esse material porque Gal diz não ter conseguido segurar sua filha por muito tempo, descortinando um sentimento de culpa decorrente de um suposto corpo incapaz de gestar um bebê. Desse modo, enquanto Elis sentia-se culpada pelos pensamentos e sentimentos ambivalentes que nutrira ao longo da gestação, Gal sentia-se culpada pelo fato de seu corpo não atender a expectativa social de um corpo que gera um bebê saudável nascido a termo. Podemos pensar inclusive que a preocupação dela de que algo ocorresse com a bebê e

ela não conseguisse estar no hospital a tempo representasse mais uma vez a sua fantasia de incapacidade de cuidar da filha no tempo certo.

Morsh e Braga (2003) já haviam de fato descrito sobre o sentimento de culpa que pode atravessar a mulher por não ter conseguido colocar no mundo uma criança que não sobrevive sem a ajuda de aparelhos. Segundo os autores, haveria situações em que a mulher teria inclusive dificuldade de discriminar entre aquilo que se pode fazer pelo bebê e aquilo que não se pode, fazendo com que a fantasia de falha fosse experienciada por ela de modo repetitivo. Aqui, cabe pensarmos que a participante ficou repetidamente pedindo desculpas pelo fato de não ter conseguido terminar a consulta terapêutica, uma vez que precisou socorrer a outra filha. Seria possível pensarmos que transferencialmente ela teria também vivenciado, no contexto da consulta, o sentimento de culpa por não ter tido tempo suficiente, novamente encarnando esse lugar de mulher falha? Ou, ainda, seria possível pensarmos que essa preocupação em não ter conseguido dar conta do que lhe foi solicitado estaria atrelada à própria condição de ser uma mulher-mãe que, em nossa sociedade, deve justamente encarnar esse lugar? Clemens e Souza (2020), que realizaram entrevistas com mulheres que tinham filhos pequenos, tiveram experiência transferencial análoga junto a uma das entrevistadas, que parecia estar mais focada em fazer aquilo o que lhe havia sido pedido, no caso, conceder a entrevista, mesmo diante de outras urgências maiores.

Ainda nessa categoria, notamos que as mulheres também se culpabilizavam pelo fato de que, ao dedicarem-se de maneira integral ao bebê internado, desempenhando o papel de mãe de um bebê internado na UTI Neonatal, elas acabavam tendo que desinvestir de outras áreas de sua vida, fazendo com que se sentissem falhas nessas outras esferas. A fim de ilustrar essa questão, selecionamos um trecho da narrativa transferencial referente à consulta terapêutica com Ivete:

Observo Ivete na sala de espera e logo percebo que ela está bem entrosada com as outras mães que estão ali, assim como ela também se mostra muito aberta comigo, aceitando prontamente participar da pesquisa. Ivete logo me diz que está há um mês na UTI Neonatal e que, por conta disso, não está mais podendo trabalhar, com a falta de dinheiro sendo uma de suas preocupações constantes. A participante me diz que tem recebido muita ajuda da família, afinal, seria impossível ela escolher entre estar com seu filho neste momento e qualquer outra coisa. Por associação livre, Ivete me conta de outra dificuldade, para além da financeira, que estão sendo vivenciadas: a dificuldade em relação à amamentação. Segundo ela, os médicos ficavam lhe dizendo que o problema estaria ocorrendo devido à falta de estimulação; ela, entretanto, acreditava que era porque ela estava muito preocupada, tendo inclusive que ficar morando de favor na casa de conhecidos para conseguir “segurar as pontas”. Ao final da consulta terapêutica, quando a convido a fazer um desenho livre, Ivete desenha uma espécie de castelo com uma família ao lado. Quando pergunto sobre seu desenho, ela diz que era algo que ela desenhava na infância, relatando que um dos seus sonhos era o de ser uma princesa e o de ter uma família. Ela diz que acreditava estar perto de realizar esse sonho, embora entendesse que, naquele momento, estivesse vivendo as dificuldades que toda princesa passa antes do momento de ser feliz.



Figura 2: Desenho realizado por Ivete.

Ao longo da consulta terapêutica de Ivete, fica evidente o seu sentimento de culpa por não estar podendo trabalhar, o que acaba culminando para que o grupo familiar, com dificuldades financeiras, precise do suporte de outros para sobreviver. Nesse sentido, temos, de um lado, um bebê internado na UTI Neonatal e demandando suporte para sobreviver e, de outro, temos uma mãe que, para poder corresponder àquela que sempre escolhe pelo filho (mediante o impasse entre ele e qualquer outra coisa, como a própria participante diz), precisa do suporte dos outros para ter inclusive onde morar.

Numa análise mais aprofundada desse material e, em especial, do desenho realizado pela participante, podemos nos questionar, entretanto, se de fato Ivete havia escolhido essa situação ou se, na verdade, via-se impossibilitada de estar em qualquer outro lugar que não fosse a sala de espera da UTI Neonatal. Uma vez que o castelo desenhado por ela se parece com um castelo-prisão, cheio de grades e cercas, seria viável nos questionarmos se ela comunicava, mais do que um conto de fadas com um final feliz, um sentimento de enclausuramento⁷.

Desde essa perspectiva, seria possível pensarmos que, talvez, a participante entendesse que ela não poderia estar ausente no ambiente hospitalar justamente por conta da fantasia de que ela seria a culpada pelo ocorrido com o bebê. Fonseca et al. (2018) apontam que, não raro, as mulheres compreendem que devem arcar com a culpa por não terem conseguido gestar um ser a termo, ficando confinadas na sala de espera da UTI Neonatal. Ainda, comumente as mulheres fantasiam que, caso não estejam acompanhando todos os momentos de internação do filho e seu quadro clínico eventualmente piore, esse agravamento decorreria de mais essa nova falha materna.

Podemos pensar, a partir da narrativa referente à consulta terapêutica com Ivete, que não apenas ela nutria essa fantasia de culpa que a enclausurava no hospital, como, também, a

⁷ A socióloga israelense Orna Donath (2017) discorre que, não raro, para fazer frente à opressão que subjaz a romantização da maternidade, as mulheres trazem narrativas com expectativas de um “final feliz”, movidas pela (des)esperança de encontrarem um ponto final para tamanho sofrimento e, a partir daí, vivenciarem a tal experiência materna tão romantizada.

própria instituição hospitalar parecia reiterar essa lógica culpabilizante, o que fica evidente quando Ivete relata que os médicos não estariam compreendendo a sua dificuldade em relação à amamentação. Vemos, desse modo, como, sem dar-se conta, os profissionais são atravessados por um imaginário social de que haveria mães boas e mães más, o que acaba não apenas reiterando a culpabilização da mulher como, também, responsabilizando-a a “reparar” a sua suposta falha materna, convocando-a a viver em função de acompanhar o tratamento que está sendo dispensado ao seu filho (Guimarães & Tachibana, 2021).

Assim, embora muitas mulheres, cujos filhos encontram-se internados, fantasiem que, ao abdicarem de todas as outras esferas de sua vida, esse evento potencialmente traumático poderá ser gradualmente elaborado, sabemos, paradoxalmente, que, ao ficarem nessa condição de igual isolamento hospitalar em que seus filhos se encontram, no lugar de mães à espera, elas acabam também sendo atravessadas por sofrimento emocional radical (Arzani, Alizadeh, Zamanzadeh, & Mohammadi, 2015).

Por fim, cabe circunscrever que as participantes consultadas encontravam-se em um contexto peculiar de pandemia; desse modo, não podemos deixar de olhar para como as mudanças impostas por este cenário afetaram essas mães em diferentes facetas. Assim, ainda que os sentimentos de culpa e de enclausuramento sejam comuns entre as mulheres que passam pela internação de seus bebês na UTI Neonatal, podemos nos indagar se a pandemia não teria acentuado essa condição emocional.

“Eu tô aqui, pronta pra escutar, seja lá o que você quiser desabafar”⁸: A relação da mãe com o ambiente hospitalar

Esta categoria versa sobre a relação da mulher com os diferentes sujeitos que constituem (ou que deveriam constituir) o seu dia-a-dia hospitalar. Assim, se, nas categorias anteriores, discorremos sobre a relação da mulher consigo mesma e a sua relação com o bebê, na presente categoria, apresentamos a relação da mulher com aqueles que as participantes espontaneamente associaram ao ambiente hospitalar, isto é, os profissionais da equipe, os pais dos bebês e as demais mulheres cujos filhos encontravam-se igualmente internados. A fim de ilustrar inicialmente a relação da mulher com o pai do bebê, selecionamos o trecho da narrativa transferencial produzida a partir da consulta terapêutica com Rita:

Rita destacava-se entre as demais mulheres que estavam na sala de espera, uma vez que ela não caminhava com dificuldade, não usava roupa pré-cirúrgica ou sutiãs de amamentação. Enquanto ela alternava entre dobrar as roupinhas – todas azuis – que estavam em sua bolsa-maternidade e dar um suporte às outras mães recém-chegadas que se encontravam na sala de espera, pergunto se ela gostaria de participar da pesquisa. Rita aceita prontamente e logo me relata que está há mais de um mês na UTI Neonatal. Ao tentar me explicar por que motivo seu filho demandava a internação na UTI Neonatal, ela me relata que, aos cinco meses de gestação, descobriu que provavelmente seu bebê nasceria com síndrome de down. Rapidamente, a participante já emenda dizendo que essa não era, na verdade, a maior questão, uma vez que seu filho nascera prematuro e com uma má formação cardíaca. Antes que pudéssemos explorar isso, Rita me diz que o que a incomodava era o fato de seu marido ser muito negativo: sempre que acontece alguma alteração, mesmo que seja apenas uma febre, a participante diz que seu marido começava a pesquisar na internet a dizer que Roberto iria

⁸ Trecho retirado da música “Para amora”, de Tiê. Essa música versa sobre o afeto e o cuidado materno em acolher. Selecionamos ele para esta categoria pensando em como o ambiente hospitalar deve ser esse espaço preparado para o acolher.

morrer, com ela tendo que ser forte para cuidar dos sentimentos do marido. Rita diz que, porque ele não conhece o dia-a-dia hospitalar e a equipe, acaba ficando mais vulnerável a qualquer alteração, enquanto ela já se sentia fortalecida. Enquanto escutava a participante, entretanto, tinha a impressão de estar diante de uma mulher muito fragilizada. De fato, em um determinado momento da consulta, ela se permitiu entrar em contato com a sua própria fragilidade e, sem mais precisar falar das fragilidades do marido, me disse que ela tinha muito receio de que seu filho pudesse não sobreviver à cirurgia cardíaca a qual ele seria submetido em breve. Ao final da consulta terapêutica, quando perguntei se ela gostaria de fazer um desenho livre, ela me disse que poderia fazer numa outra vez em que nos encontrássemos na sala de espera.

A partir desse material, Rita deixa claro que quem tem se ocupado da rotina hospitalar, acompanhando diretamente o quadro vulnerável do bebê, tem sido ela. Trata-se de um dado que corrobora com outras pesquisas sobre o lugar exclusivo da mãe na UTI Neonatal e, num avesso, o não lugar do pai no cotidiano do filho internado (Lima & Smeha, 2019). Trata-se também de um dado que converge com os demais estudos que, sem focar especificamente na parentalidade junto aos bebês internados na UTI Neonatal, discorrem sobre um cuidado parental exercido majoritariamente pelas mulheres:

Sabemos histórica e estatisticamente que, em nossa sociedade, as mulheres cisgênero são responsabilizadas e se responsabilizam pelas tarefas de cuidado [...]. No caso da amamentação e do aleitamento humano, a relação biológica de produzir o leite é usada como pretexto para reafirmar a distribuição de tarefas que a nossa cultura diz que tem que existir: diz-se, daí, que só as mulheres podem amamentar e/ou alimentar o bebê e, portanto, elas têm que ficar em função do bebê [...]. (Iaconelli, 2021, p. 122).

Nessa estrutura social maternocentrada, não apenas observamos um discurso social convocando a mulher a ocupar-se exclusivamente dos bebês, como, também, notamos toda uma organização para que o homem fique num lugar parental periférico (Macêdo, 2020). Isso pode ser ilustrado, por exemplo, com os poucos dias de licença paternidade que fazem com que muitos pais, de maneira abrupta, retornem a uma rotina de trabalho sem nem sequer poder escolher estar com seus filhos (Lima & Smeha, 2019).

Algo que nos chamou a atenção foi que, em alguns estudos dedicados à parentalidade no contexto da UTI Neonatal, foi observado que, a despeito dessa maior ausência dos pais na UTI Neonatal, eles eram tidos, pelas mães, como uma espécie de “escudo protetor” (Lima & Smeha, 2019, p. 8), cumprindo com a função de serem um sustentáculo para elas, que se encontravam tão emocionalmente desgastadas. Entretanto, no caso de Rita, bem como no de outras mulheres que participaram desse estudo, observamos que, ao invés dos parceiros serem tidos como os que estão ofertando *holding* para que elas dêem conta de encarar a rotina hospitalar, eles foram tidos como aqueles que, na contramão, necessitavam que elas lhe oferecessem o *holding*⁹ para que eles não viessem a sucumbir em seu próprio sofrimento.

É possível que essa “inversão” observada em nosso estudo tenha se dado porque, durante o período pandêmico em que as consultas terapêuticas foram realizadas, notamos que a ausência do pai no ambiente hospitalar acabou sendo potencializada. Isso porque, a fim de evitar a propagação do coronavírus, a entrada de visitantes na UTI Neonatal se tornou ainda mais rigorosa, permitindo apenas a presença de um responsável pelo bebê, sendo a mãe aquela cuja presença era priorizada.

Chamou-nos inclusive a atenção que uma das participantes, durante a consulta terapêutica com ela realizada, manifestou, mais do que o sonho de vir a estar com o bebê fora

⁹ Na presente categoria, ao utilizarmos o termo *holding* para falar da sustentação emocional necessária às mães (seja advinda dos pais, seja advinda do ambiente hospitalar), estamos fazendo uso desse conceito winnicottiano em um sentido ampliado, assim como o próprio Winnicott o fazia. Desse modo, já não estamos mais nos referindo literalmente ao colo materno, mas, sim, à noção de um ambiente sustentador.

do hospital, o de que ela e o marido pudessem, ao mesmo tempo, estar juntos do bebê, o que até então não havia ocorrido, dadas as normas na UTI Neonatal durante a pandemia. Apresentamos a seguir o trecho de narrativa transferencial referente a essa consulta terapêutica:

Quando me aproximo de Cássia, noto que sua roupa está molhada de leite e que ela parece estar sentindo muitas dores. Quando a convido para participar da pesquisa, ela aceita, desde que a consulta terapêutica pudesse ser realizada ali na sala de espera mesmo, já que ela estava sentindo muitas dores para caminhar. Apesar de se sentir incapaz de se mexer, a participante me diz que ela voltaria para casa naquele dia, já que ela iria receber alta médica. Ela me diz que não sabe se ficaria indo ao hospital todos os dias, mas logo reformula a sua própria frase afirmando que iria todos os dias, sem, contudo, passar o dia todo ali. Cássia me confia ter um certo receio de deixar Caetano sob o cuidado de pessoas que têm que cuidar de tantos outros bebezinhos e diz que, às vezes, ela pede uma outra troca de roupa para si mesma, porque está saindo muito leite de seus peitos, sendo esquecida pela equipe em seu pedido. Ela também fala que sempre se esquecem do pedido dela para que tragam uma colher para ela, ao invés de garfo, já que é assim que ela gosta de comer. A partir dessas associações, ela diz: “Como posso ter certeza de que não vão se esquecer do meu filho?”. Mais ao final do encontro, quando pergunto se ela gostaria de fazer um desenho livre, ela aceita prontamente e faz o seguinte desenho:

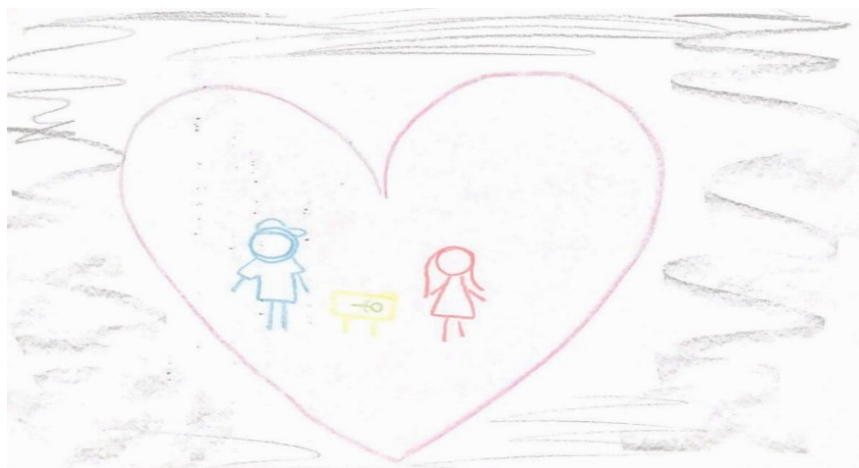


Figura 3: Desenho realizado por Cássia

Quando lhe peço para que ela me conte o que havia desenhado, ela diz: “Aqui estamos nós dentro desse coração, porque o que protege é o amor. Fiz um coração bem grande porque sinto que vai ter que caber muita coisa nesse amor (...)”. Enquanto ela dizia que “vai ter que caber muita coisa nesse amor”, ela fazia um sombreado com lápis preto em volta do coração.

Embora a participante só mencione um coração dentro do qual ela, o marido e o filho se encontrariam, em seu desenho-estória, ficamos nos questionando se, de alguma maneira, esse coração estaria representando um ambiente que pudesse conter, num só tempo, mãe, pai e bebê, ao invés de cada um desses três integrantes da família estarem em ambientes distintos, vale dizer, na sala de espera, na UTI Neonatal e fora do hospital, respectivamente. Será que Cássia compartilhava conosco o seu sonho de poder contar com um “coração incubadora” que pudesse acolher o bebê, ela mesma e alguém que, naquele ambiente hospitalar, pudesse fazer com que ela se sentisse emocionalmente amparada, como o pai de seu bebê?

Ao longo desse estudo, observamos que não apenas as participantes trouxeram o sentimento de desamparo frente à ausência dos respectivos cônjuges, mas, também, frente ao descuido da equipe hospitalar para com elas. São diversos os estudos que versam sobre as especificidades da relação entre a mulher cujo bebê encontra-se internado na UTI Neonatal e a equipe hospitalar, com autores, dentre os quais Bazzan, Milbrath, Gabatz, Soares & Soares, 2019, defendendo a importância de a equipe hospitalar também construir laços com essas usuárias do serviço, para além dos cuidados que tais profissionais devem dedicar diretamente aos bebês. Essa boa vinculação entre as mulheres e os profissionais fazer-se-ia necessária não apenas para que elas possam contar com algum *holding* dentro do ambiente hospitalar, mas, também, para que esses diferentes protagonistas no cuidado do recém-nascido internado possam ter uma relação de confiança uns com os outros, no que diz respeito à capacidade de cada um deles constituir um ambiente suficientemente bom ao bebê.

No entanto, não apenas notamos um clima de desconfiança nos cuidados da equipe, por parte das participantes, como isso também foi notado igualmente em estudos dedicados ao tema, dentre os quais os de Maia, Roque, Santos e Klock (2021), Silva et al (2021), e Lima e Smeha (2019). Segundo tais pesquisas, a despeito das mulheres notarem a equipe bastante carinhosa, em certos momentos, havia outros em que a relação entre as mães e os profissionais era atravessada pelo distanciamento, com os profissionais sentindo a presença dos pais (que por vezes têm longa permanência na sala de espera da UTI Neonatal) como algo exaustivo e como possível fonte de contaminação e infecção.

Vale ressaltarmos que, apesar de termos obtido, em sua maioria, narrativas de sentimento de desamparo em relação à equipe profissional, em alguns momentos despontaram relatos em que a instituição hospitalar, a partir de gestos simples dos profissionais, pôde ser sentida como um ambiente hospitalar suficientemente bom. Isso fica evidente no seguinte material:

Logo no início da consulta terapêutica com Maria Rita pude notar que ela não sabia ao certo o motivo da internação de seu filho, uma vez que ela me relatou que havia tido uma gestação tranquila e dizia que seu filho não havia nem nascido prematuro e nem malformado. Ela me conta, entretanto, que talvez a internação de seu bebê pudesse estar associada a uma bactéria em sua flora, identificada ao longo do pré-natal, e que ela sabia que poderia fazer mal para o bebê, caso ele aspirasse o líquido amniótico. Em meio a esse não-saber, a participante, por associação livre, me contou que mais cedo conseguira tirar umas fotos e fazer alguns vídeos de Antônio, afirmando que, apesar de ser proibido, a equipe entendera que seria importante para ela ter esses registros para mostrar a sua filha mais nova. No fim da consulta terapêutica, convidei Maria Rita para fazer um desenho-estória, dizendo que eu faria o mesmo, o que ela aceitou prontamente. Como, ao longo de nosso encontro, ela ficara chamando carinhosamente o filho de “larvinha”, decidi que desenharia uma borboleta, tentando

transmitir-lhe que desejava um bom crescimento ao seu filho - de uma larvinha para uma borboleta. Quando finalizamos os nossos desenhos e fomos apresentá-los uma à outra, vi que a participante havia feito o seguinte desenho:



Figura 4: Desenho realizado por Maria Rita

Ela me explicou que optara por fazer esse desenho de plantas pensando no crescimento de seu filho, uma vez que o que ela mais desejava era que ele pudesse crescer de maneira saudável. Quando mostrei a ela o meu desenho, representando também o meu desejo de que o filho dela se desenvolvesse, ela se emocionou muito e me perguntou se poderia ficar com ele. Ela disse que gostaria de emoldurá-lo e de colocá-lo no quartinho dele.

No excerto destacado, notamos que Maria Rita comunica tanto a incapacidade dos profissionais da equipe hospitalar de lhe deixarem a par do que estava ocorrendo com o seu filho quanto, num avesso, a capacidade sensível deles de romperem com uma das normas institucionais autorizando que ela pudesse tirar fotos do próprio bebê. Assim, ao mesmo tempo em que nos deparamos com uma instituição que, num primeiro momento, ocupa-se exclusivamente da saúde do recém-nascido, deixando a mãe às margens daquilo o que estaria motivando a internação do bebê, numa reprodução do desamparo social que é cometido contra elas, num segundo momento, notamos que pequenos gestos dessa mesma equipe tiveram o potencial de acalentá-las em meio a tanto sofrimento. Seria possível, ainda, pensarmos que não apenas as fotografias do bebê tiveram esse valor de cuidado como, também, o desenho-estória da borboleta que ela solicitou levar consigo: teria a consulta terapêutica tido efeitos clínicos,

com essa participante podendo experienciar aquele espaço como um ambiente hospitalar suficientemente bom, pelo menos naquele momento?

Aqui é válido apontarmos que foi possível notar que, como as participantes sentiam-se desprovidas de *holding* no ambiente hospitalar, seja por conta da ausência de seus maridos, seja por conta de o enfoque hospitalar recair exclusivamente nos cuidados do bebê, por vezes, acabavam encontrando *holding* nas demais mulheres que se encontravam na mesma condição que as delas. Essa questão fica evidente através da narrativa transferencial derivada da consulta terapêutica com Céu:

Assim que saio de uma outra consulta terapêutica, me sento novamente na sala de espera. Sou abordada por Céu, que logo pergunta o que estou fazendo ali na sala. Explico sobre a pesquisa e convido-a a realizarmos uma consulta terapêutica, o que ela aceita prontamente, dizendo que estava justamente precisando de pessoas dispostas a ouvi-la “falar sem parar de seu filho”. Céu me conta que seu filho nascera prematuro, detalhando que, quando estava no caminho de sua casa até o hospital, ela foi chorando e pedindo para que Deus não tirasse seu filho, afirmando que tinha certeza que iria perdê-lo. Céu relata ter sentido um medo absurdo naquele momento e me diz algo que me marca: “Agora entendo quando as mulheres dizem que o trabalho de parto é por um instante muito solitário... Tive um grande terror ao pensar que teria que dizer ao meu marido que não seríamos pais dessa vez e enfrentei tudo isso, misturado com muita dor, sozinha.”. Céu destaca que, apesar de estar enfrentando um cotidiano desafiador, não estava sozinha, pois tinha muita gente com quem contar. Relata que fez amigas muito rapidamente na sala de espera e diz ficar aliviada por saber que mais pessoas estão passando por isso e que as outras mulheres realmente a entendem.

Céu comunica a sua necessidade de ter alguém com quem conversar sobre a internação de seu filho não apenas de modo declarado no início da entrevista, mas, também, pelo próprio fato dela ter abordado ativamente a pesquisadora, na sala de espera da UTI Neonatal, atuando

essa demanda. Fica evidente, ao longo da consulta terapêutica realizada com ela, que a importância das outras mães residia não apenas no fato delas fazerem companhia umas às outras, por estarem todas na mesma situação, mas, principalmente, porque estariam de alguma maneira ofertando *holding* umas às outras.

Essa foi uma questão que foi notada em vários momentos, ao longo da ida da pesquisadora ao campo de pesquisa, com uma das participantes - Rita, cujo bebê já estava na UTI Neonatal há vários meses -, cumprindo escancaradamente a função de cuidar das mães recém-chegadas, pegando água para as mulheres que tinham dificuldade de se levantar para ir até o bebedor e, até mesmo, acompanhando algumas delas ao banheiro.

Na literatura especializada, encontramos vários estudos sobre essa ajuda mútua que as mães que se encontram na sala de espera da UTI Neonatal acabam constituindo, dentre os quais podemos citar o de Silva, Pereira, Freitas, Fonseca e Maia (2021), que, inclusive, também observaram que aquelas mães que estão há mais tempo na UTI Neonatal acabam “encabeçando” essa rede de apoio, justamente por estarem mais ambientadas do que as mães recém-chegadas. Bazzan et al. (2019) aponta que essa formação de redes inter-hospitalares acaba acontecendo de modo informal, uma vez que, dada a proximidade das histórias, da trajetória e do cotidiano destas mães, elas acabam identificando-se umas com as outras naturalmente.

Dentre os diferentes estudos que versam sobre essa rede materna, notamos que todos eles convergiam no entendimento de que tais grupos informais seriam benéficos, uma vez que as mulheres podem se auxiliar em meio às adversidades, os imprevistos... (Bazzan et al., 2019), de modo que, conforme Marciano, Evangelista e Amaral (2019), a rede de apoio materna acabaria cumprindo uma função essencial para o enfrentamento dessas mulheres em seu dia-a-dia hospitalar. Os mesmos autores chegam a teorizar que, em algumas situações, essa rede de apoio interna pode vir a ter uma função “anti-traumática”, uma vez que daria a possibilidade de

as mães construírem uma narrativa sobre essa situação potencialmente traumática que é a internação do bebê na UTI Neonatal (Marciano, Evangelista, & Amaral, 2019).

Em nosso estudo, compreendemos que, para além desses aspectos apontados na literatura especializada, a constituição desses grupos informais pelas mães, na sala de espera da UTI Neonatal, pode representar um movimento inconsciente delas para se reapropriarem da maternagem de seus bebês. Fomos levadas à essa hipótese uma vez que, como sabemos, temos, na atualidade, dois discursos sociais antagônicos no campo da perinatalidade: de um lado, há uma maternidade científica, que, desde o advento da Obstetrícia, vem defendendo que as questões gravídico-puerperais devem ser tratadas no ambiente hospitalar, sendo melhores respondidas pelo saber médico (Pereira & Tsallis, 2020); de outro, há uma maternidade naturalista, que vem tentando, há algumas décadas, desfazer o apagamento materno que teria sido operado a partir da valorização do discurso médico em detrimento da tradicional transmissão de saberes sobre o parto e a gestação, que era realizada entre as mulheres (Pereira & Tsallis, 2020, Vieira & Ávila, 2019).

Assim, na contemporaneidade, notamos a existência de uma tensão discursiva acerca de qual seria a “melhor forma” de gestar, de parir e de cuidar do bebê, tensão essa que se dá entre a maternidade naturalista e a maternidade científica, sendo a primeira uma forma de as mulheres se posicionarem contra os procedimentos e os saberes médicos que tiraram o protagonismo materno no campo da perinatalidade (Vieira & Ávila, 2018). Estamos de pleno acordo com Iaconelli (2021) que, mediante essa tensão, compreende que ambos discursos apresentam a problemática de se constituírem como normativas as quais as mulheres-mães devem se submeter. Afinal, como destaca Carneiro (2019), embora a maternidade naturalista promova uma reconfiguração do *slogan* “o meu corpo me pertence” do movimento feminista de 1980, ao resgatar que o corpo materno deve parir naturalmente (ao invés de ser submetido a uma

cesária conforme a ordem médica), ele pode vir a ser sentido, para algumas mulheres, como mais um novo mandato social sobre como deve ser exercida a boa maternagem.

Mas, independentemente de nosso posicionamento nesse cenário tenso, ficamos nos questionando se, de alguma maneira, em meio a esse ambiente hospitalar, tão atravessado pelo discurso social da maternidade científica, em especial o da ordem médica, as mulheres-mães não teriam, de alguma maneira, se agrupado também como um meio de resgatarem, aos moldes do discurso da maternidade naturalista, a experiência de maternidade. Afinal, compreendemos que, ao mesmo tempo em que cada uma delas se valia desse grupo materno enquanto *holding*, com cada mulher maternando a outra, havia ali uma troca de saberes e de experiências maternas, similar à prática empírica que antes atravessava o campo da perinatalidade até o saber médico monopolizá-lo (Scavone, 2004). Seria, assim, esse grupo de mães da sala de espera da UTI Neonatal um meio dessas mulheres experienciarem a maternidade como algo que não estaria escapando delas, a despeito de seus bebês estarem mais sob os cuidados dos profissionais da equipe hospitalar?

Considerações finais

A partir desse estudo, foi possível identificar a experiência de mulheres que estavam vivenciando um duplo confinamento: 1) confinamento por passarem seus dias no hospital, acompanhando a internação de seus bebês; e 2) confinamento por estarem em meio a uma pandemia que impunha a adoção de protocolos específicos no hospital, o que parece ter acentuado o primeiro tipo de confinamento. Assim, notamos que essa situação de maternagem atípica num ambiente insuficientemente bom acabou produzindo sofrimento emocional nessas mulheres que aguardavam na sala de espera da UTI Neonatal.

Apesar disso, foi possível observar que as participantes expressavam a capacidade de sonhar com seus bebês, nutrindo uma posição materna altamente investida, mesmo que às vezes

aos moldes de uma preocupação médico primária, dada a vulnerabilidade física extrema do recém-nascido. De maneira análoga, foi possível notar que as mulheres acabaram constituindo por si mesmas um ambiente hospitalar suficientemente bom, “maternando” umas as outras como modo de fazer frente ao desamparo vivido e à ordem médica sobrepondo-se a sua relação com seus bebês.

Consideramos, entretanto, que devemos ser críticos com relação à romantização desses fenômenos, entendendo que os achados de nossa pesquisa não isentam o ambiente hospitalar de movimentar-se no sentido de ofertar *holding* ao coletivo de mães, que se encontra em sofrimento psíquico radical na sala de espera da UTI Neonatal. Aliás, por meio das consultas terapêuticas realizadas, foi possível notar o quanto a sala de espera é um ambiente fértil para que intervenções clínicas sejam realizadas, mesmo que de modo pontual. Assim, reconhecendo que o trabalho do psicólogo hospitalar é limitado, seja em relação ao tempo, seja em relação à infra-estrutura, com as equipes de Psicologia dos hospitais públicos carecendo de profissionais que possam estar disponíveis por vários períodos em todos os setores, observamos que é possível que alguma escuta clínica seja ofertada, havendo situações em que um mero desenho de borboleta é capaz de nutrir aquela mulher para que ela siga enfrentando esse duplo confinamento. Desse modo, compreendemos que cabe ao profissional da Psicologia buscar brechas, tais como a encontrada no presente estudo, de modo a promover uma escuta sensível neste ambiente hospitalar em que o urgente prevalece.

Não apenas apresentamos esse olhar crítico em relação a esse ambiente hospitalar como, também, apresentamos críticas em relação à Psicanálise, a despeito de nossa clara afinidade com esse referencial teórico-metodológico. A partir de nosso estudo, vemos a importância de que as teorias psicanalíticas sejam revisitadas, uma vez que podem fomentar e normatizar uma dinâmica familiar conservadora, em que a mulher ocupa o lugar de mãe devotada, enquanto o pai, num lugar periférico, se ocupa de dar apoio à mulher. Compreendemos, a partir das

narrativas de nossas participantes, que esse discurso psicanalítico pode endereçar ainda mais a mulher para uma maternagem que é sentida como um castelo-prisão.

Por fim, apontamos a importância de estudos de caráter longitudinal junto às mães de bebês internados na UTI Neonatal, a fim de obter material sobre como é o percurso deste tornar-se mãe nesse contexto tão peculiar, buscando construir um arcabouço teórico que sustente a estruturação de políticas públicas que possam tornar a realidade dessas mulheres menos árdua, dentro do possível. Era esse o desenho metodológico que havia sido inicialmente previsto e que, no entanto, não foi possível de ser realizado, em função da pandemia: tal como nossas participantes, que em sua maioria tiveram partos prematuros, tivemos a experiência de não poder contar com toda a temporalidade imaginada para realizar várias consultas terapêuticas com cada uma das participantes. Contudo, assim como elas, entendemos que foi possível criar e sonhar em cima daquilo o que foi prematuramente encerrado, mas profundamente vivido.

Referências

- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Gallo-Belluzzi, S., & Visintin, C. (2020). Maternidade e sofrimento social em tempos de Covid 19: estudo de Mommy Blogs, *Scielo preprints*. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.356>
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., Ayouch, T., Caron, R., & Beaune, D. (2009). Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: Une proposition méthodologique. *Psychanalyse, philosophie, art: Dialogues*, 1, 39-52. Paris: L'Harmattan.
- Anzieu, D. (1989). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Arzani, A., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., & Mohammadi, E. (2015). Mothers' strategies in handling the prematurely born infant: A qualitative study. *Journal of caring sciences*, 4(1), 13-24.

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bazzan, J. S., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Soares, M. C., Schwartz, E., & Soares, D. C. (2019). Sistemas de apoio na unidade de terapia intensiva pediátrica: Perspectiva dos familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 243-250.
- Carneiro, R. (2019). Dilemas de uma maternidade consciente: A quantas anda a conversa dos feminismos com tudo isso? *Cadernos de Gênero e Diversidade*, 5, 181-198.
- Carnielli, F. I. (2014). *A capacidade de depressão normal entre mães de bebês em UTI neonatal: uma perspectiva winnicottiana*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Clemens, J., & Souza, M. de (2020). Sobre o não dito do feminino e da maternidade. *Psicologia em Revista*, 26(2), 641-659.
- Donath, O. (2017). *Mães arrependidas: Uma outra visão da maternidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Dunker, C. (2021). Economia libidinal da parentalidade. In: D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs.), *Parentalidade* (pp.39-54). Belo Horizonte: Autêntica.
- Durski, L. M., & Safra, G. (2016). O Eu-pele: Contribuições de Didier Anzieu para a clínica da psicanálise. *Reverso*, 38(71), 107-113.
- Esteves, C. M., & Piccinini, C. A. (2020). O encontro com o primitivo na UTI Neonatal: Contribuições da clínica winnicottiana a partir de um estudo de caso. *Contextos Clínicos*, 13 (2), 500-523.
- Fonseca, M. N. D. A., Rocha, T. S., Cherer, E. D. Q., & Chatelard, D. S. (2018). Ambivalências do ser mãe: Um estudo de caso em psicologia hospitalar. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(2), 141-155.

- Garrafa, T. (2021). Primeiros tempos da parentalidade. In: D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs.), *Parentalidade* (pp.55-70). Belo Horizonte: Autêntica.
- Gomes, T. R. A., & de Oliveira Santos, A. F. (2020). A relação mãe-bebê prematuro na UTI neonatal: Um olhar Winnicottiano. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(2), 1-8.
- Guimarães, J. B., & Tachibana, M. (2021). Conversando e Desenhando com Mães de Crianças Autistas: Investigação Psicanalítica. *Revista Subjetividades*, 21(2), 05-10.
- Iaconelli, V. (2012). *Mal-estar na maternidade: Do infanticídio à função materna*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Iaconelli, V. (2021). Reprodução de corpos e de sujeitos: A questão perinatal. In: D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Orgs.), *Parentalidade* (pp.71-88). Belo Horizonte: Autêntica.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, L. G., & Smeha, L. N. (2019). Experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: Uma montanha russa de sentimentos. *Psicologia em estudo*, 24, 3-13.
- Macêdo, S. (2020). Ser mulher trabalhadora e mãe no contexto da pandemia COVID-19: Tecendo sentidos. *Revista do NUFEN*, 12(2), 187-204.
- Maia, C., Roque, A. T. F., Costa, R., Santos, S. V., & Klock, P. (2021). Percepções de puérperas e da equipe de enfermagem sobre mães e pais na unidade neonatal. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 11.
- Marciano, R. P., Evangelista, P. G., & Amaral, W. N. D. (2019). Grupo de mães em UTI neonatal: um espaço de escuta e intervenção precoce em psicanálise. *Revista da SBPH*, 22(2), 48-67.
- Miranda, J. J., 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, 1-14.

- Moreira, M. E. L., Braga, N. D. A., & Morsch, D. S. (2003). *Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- Morsch, D. S., & Braga, M. C. N. D. A. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10, 624-636.
- Morsch, D. S., Custódio, Z. A. D. O., & Lamy, Z. C. (2020). Cuidados psicoafetivos em unidade neonatal diante da pandemia de COVID-19. *Revista Paulista de Pediatria*, 38.
- Netto, M. V. R. F., & Duarte, L. S. (2010). Frankenstein na UTI neonatal: O conflito entre o filho real e o filho imaginário. *Psicanálise & Barroco em revista*, 8(1), 175-188.
- Pereira, L. C., & Tsallis, A. C. (2020). Maternidade versus Sacrifício: Uma análise do efeito moral dos discursos e práticas sobre a maternidade, comumente engendrados nos corpos das mulheres. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(3), 1-14.
- Pohl, K., & Neves, A. S. (2020). Uma leitura psicanalítica sobre o corpo e as ressonâncias da violência sexual na infância complementar. *Tempo Psicanalítico*, 52(1), 187-215.
- Qualye, J. (2016). *Gestação de Alto-Risco. Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. São Paulo: Escuta.
- Rocha, A. L. D. S., & Dittz, E. D. S. (2021). As repercussões no cotidiano de mães de bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no isolamento social devido à COVID-19. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29.
- Santos, J. B. da, Santiago, E., Lopes, E. R., Merighi, C., Duarten, A. G. G., & Cyrino, C. M. S. (2021). A vivência da maternidade em meio à pandemia. *Global Academic Nurse*, 2(1).
- Scavone, L. (2004). *Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: editora UNESP.
- Silva, R. D. S., Santos, J. V. D. O., & Araújo, L. F. D. (2021). O sentido da vida de mães com filhos na UTI neonatal. *Revista do NUFEN*, 13(1), 222-241.

- Soares, F. M. D. P. (2018). Interferências traumáticas da internação na UTI neonatal na capacidade de maternagem: Contribuições winnicottianas a partir do conceito de Preocupação Materna Primária. *Natureza humana*, 20(2), 71-79.
- Souza, L. F., & Machado, L. H. B. (2021). Casa, maternidade e trabalho no distanciamento social: A “pandemia” da sobrecarga de trabalho para as mulheres. *Revista da ANPEGE*, 17(32), 282-308.
- Tachibana, M. (2006). *Rabiscando desenhos-estórias: Encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. (2007). Desenhos estórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. *Mudanças*, 15(1), 23-31.
- Vieira, C. A. L., & Ávila, A. A. (2018). Um olhar sobre o fenômeno da maternidade naturalista: refletindo sobre o processo de maternagem. *Revista Gênero*, 18(2), 26-47.
- Winnicott, D. W. (1978). Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Textos selecionados: Da Pediatria à Psicanálise* (pp.). Rio de Janeiro: Francisco Alves (Original publicado em 1945).
- Winnicott, D.W. (1978). Preocupação materna primária. In: _____. *Textos selecionados: Da Pediatria à Psicanálise* (pp.491-495). Rio de Janeiro: Francisco Alves (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D.W. (1994). O Jogo do Rabisco. In: C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis (Orgs), *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1968).
- Winnicott, D.W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).

- Winnicott, D. W. (1994). Contribuições da psicanálise para a obstetrícia. In: _____ *Os bebês e suas mães* (pp. 61-71). São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1957).
- Zlotnic, S. (2002). *Um estudo sobre a técnica na psicanálise freudiana: Contribuições à metapsicologia da atenção flutuante*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.