
Artigo de Pesquisa

Dinâmica prazer e sofrimento de mulheres-mães trabalhadoras não-remuneradas com filhos prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Karlesandra Ferreira da Cruz Batista¹, Carla Vaz dos Santos Ribeiro²

¹ <https://orcid.org/0000-0001-8993-5280/> Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

² <https://orcid.org/0000-0002-5518-9619/> Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

Resumo

A maternidade é um fenômeno multidimensional que envolve diversos aspectos na vida de uma mulher que se torna mãe, além de gerar ambivalências pela dinâmica prazer e sofrimento. Enquanto uma ocupação de cuidado, pode ser compreendida como um trabalho não-remunerado, que associado à experiência com filho prematuro hospitalizado pode trazer implicações em diversos aspectos. Esta pesquisa buscou compreender a referida dinâmica em mulheres-mães com filhos prematuros hospitalizados, bem como identificar recursos e estratégias que auxiliam no manejo subjetivo e criativo dessas vivências. Caracteriza-se como pesquisa de campo e de natureza qualitativa, utilizando a entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico, mediante TCLE e aprovação no Comitê de Ética. Participaram 4 mulheres-mães com filhos prematuros com idade gestacional de até 36 semanas e 6 dias internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A análise de dados foi realizada a partir da Análise de Conteúdo. Os resultados emergiram em 6 seis categorias: Maternidade; Maternidade com filho prematuro; Trabalho como cuidadora não-remunerada; Dinâmica prazer e sofrimento; Rede de apoio e Fragilidades na assistência hospitalar. Verificou-se necessidades comuns por uma rede de apoio consistente, adequada assistência hospitalar e políticas públicas que as amparem diante do contexto laboral de cuidado na hospitalização devido à prematuridade.

Palavras-chave: Maternidade, Trabalho Reprodutivo Não-Remunerado, Prematuridade, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Pleasure and suffering dynamics of unpaid working mothers with premature children in a Neonatal Intensive Care Unit

Abstract

Submissão: 06/02/2024

Aceite: 24/02/2025

Editora Responsável: Liliam Deisy Ghizoni

Editora de Leiaute: Gracilene Paiva Araujo

Editora Administrativa: Thamyris Pinheiro Maciel

Como citar este artigo: Batista, K., Ribeiro, C. (2025).

Dinâmica prazer e sofrimento de mulheres-mães trabalhadoras não-remuneradas com filhos prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Trabalho (En)Cena*. 10 (contínuo), e025005. 01-24.
<https://doi.org/10.20873/2526-1487e025005>

Motherhood is a multidimensional phenomenon that involves different aspects in the life of a woman who becomes a mother and that generate ambivalence due to the dynamics of pleasure and suffering. As a care occupation, it can be understood as unpaid work, which, associated with the experience with a hospitalized premature child, can have implications in several aspects. This research sought to understand the aforementioned dynamics in women-mothers with hospitalized premature children, as well as identify resources and strategies that help in the subjective and creative management of these experiences. It is characterized as field research and of a qualitative nature, using semi-structured interviews and a sociodemographic questionnaire, through TCLE and approval by the Ethics Committee. Four women-mothers with premature children with a gestational age of up to 36 weeks and 6 days admitted to the Neonatal Intensive Care Unit participated. Data analysis was carried out using Content Analysis. The results emerged in 6 six categories: Maternity; Maternity with a premature child; I work as an unpaid carer; Dynamics of pleasure and suffering; Support network and weaknesses in hospital care. There were common needs for a consistent support network, adequate hospital care and public policies that support them in the work context of care during hospitalization due to prematurity.

Keywords: Maternity, Unpaid Reproductive Work, Prematurity, Neonatal Intensive Care Unit

A maternidade é um fenômeno complexo e multidimensional que envolve diversos aspectos, desde a concepção à gestação, que perduram mesmo após o nascimento do bebê. Essas mudanças incluem alterações físicas, hormonais, psíquicas, sociais e culturais na vida de uma mulher que se torna mãe.

A figura feminina se torna central nesse processo, carregada de significados socioculturais, enquanto um ser que está “instintivamente” destinado a ocupar o lugar de cuidado na maternidade, assumindo um modelo essencialista de uma “missão” a ser cumprida, uma verdadeira vocação materna.

A autora Badinter (1985) critica o modo evidenciado a esse aspecto da vocação materna, no sentido de que todas as mães têm a mesma “missão”. Esse ideal do feminino materno está ligado ao processo de naturalização do fenômeno, considerando que a mulher é organicamente habilitada e possui recursos psíquicos inatos para desempenhar o papel de cuidadora.

O desempenho da atividade materna requer a interação e mobilização de contínuas ações que objetivam o educar, cuidados higiênicos, brincar, alimentar, e outras demandas que comparecem nesse exercício. Sem dúvidas, a maternidade passa a ser compreendida enquanto um tipo de trabalho, porém de caráter reprodutivo e não-remunerado.

Assim, é necessário revisitar o conceito de trabalho, que não se restringe ao que é disseminado socialmente com atravessamentos ideológicos, políticos e econômicos. O conceito de trabalho que se busca difundir por meio desta pesquisa é mais amplo, ressignificando e

compreendendo o trabalho em sua complexidade, incluindo também as dimensões sexual e psicológica, sem se limitar à dimensão remunerada.

Portanto, o trabalho é apreendido como uma atividade carregada de sentido que mobiliza o seu fazer, que abrange os “gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc.” (Dejours, 2004, p. 28).

Não se configura, portanto, em meras ações mecânicas desenvolvidas no tempo e espaço que operam para obtenção monetária, antes disso, o trabalho se trata de engajar o corpo e a subjetividade, com responsabilidades e sentidos, direcionado ao cuidado de algo ou de um ser.

Por conseguinte, considerando essa relação, é possível associar a dimensão da maternidade à categoria trabalho, visto que se caracteriza como uma atividade de “care”, uma ocupação relativa ao cuidado.

As autoras Hirata e Guimarães (2012) compreendem o termo “care” relacionado ao cuidado, solicitude, atenção ao outro. Para elas, atividades de cuidar do outro, preocupar-se, atender às suas necessidades, englobam a prática (a ação) e a disposição, ou seja, a atitude moral que essas atividades requerem. Implica dizer que a tarefa de “care” convoca a um sentido, a algo que mobilize desempenho nesse fazer.

A partir de uma ênfase política, o trabalho não-remunerado da maternidade pode ser concebido pela problemática da “divisão sexual do trabalho”, proposto por Hirata e Kergoat (2007), na qual sugere-se uma revisão do conceito de trabalho decorrente das relações sociais entre os sexos.

De acordo com Hirata e Kergoat (2007), a noção da divisão sexual do trabalho se trata de como as funções laborais são divididas socialmente entre homens e mulheres. Para elas, essa divisão se adapta de acordo com cada época e sua estrutura tem base nos princípios: “separação e hierarquização dos sexos”, tendo como característica a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva.

Logo, as atividades desempenhadas pelos homens recebem maior reconhecimento, enquanto as das mulheres são consideradas de menor relevância. O trabalho feminino de reprodução, especificamente o “parir/dar à luz”, é visto com menor valor e não possui reconhecimento social, sendo considerado apenas como o papel natural de uma mulher.

Diante disso, ao abordar sobre a temática da maternidade enquanto um trabalho de “care” sem muito prestígio, considerando os aspectos ideais e instintivos que são atribuídos a esse lugar, requer necessariamente compreender a dinâmica prazer e sofrimento que permeia essa vivência.

O trabalho, segundo a Psicodinâmica do Trabalho, pode ser fonte tanto de prazer quanto de sofrimento, sendo esses indissociáveis. É pelo trabalho que o sujeito realiza atividades psíquicas capazes de evitar o sofrimento, ressignificando e subvertendo o sofrimento em prazer (Ghizoni et al., 2013).

Em se tratando do trabalho materno, Fonseca et al. (2018) afirmam que as mudanças demandam readaptações que podem trazer grande impacto na vida das mulheres-mães, gerando ambivalências decorrentes dos pensamentos, sentimentos que podem ser conflitantes, coexistindo prazer e desprazer.

A espera por um bebê põe em questão muitas mudanças que precisarão ser feitas em um espaço relativamente curto de tempo. Para além das mudanças corporais e hormonais da mulher, as alterações estruturais na dinâmica familiar, o que inclui também questões financeiras, e mudanças interpessoais e emocionais são fatores que costumam gerar muito estresse na mulher durante esse período. Assim, durante a gestação de um bebê, a mulher é convocada a gerir também esse lugar de mãe [...] (Fonseca et al., 2018, p. 144).

Nesse sentido, a dinâmica prazer e sofrimento se constitui por meio da relação entre a subjetividade e o modo pelo qual ocorre a organização do funcionamento externo da maternidade. Subjetividade referindo-se ao processo de subjetivação, particular e autêntico vivenciado por cada mulher-mãe, sendo a organização do funcionamento da maternidade as características do modelo que é atribuído a esse papel, circunscritos nos âmbitos social e cultural.

Prazer e sofrimento são vivências subjetivas, que implicam um ser de carne e um corpo onde ele se exprime e se experimenta, da mesma forma que a angústia, o desejo, o amor etc. Esses termos remetem ao sujeito singular, portador de uma história e, portanto, são vividos por qualquer um, de forma que não pode ser, em nenhum caso, a mesma de um sujeito para outro. (Dejours & Abdouchel, 1994, p. 8).

Diante dos pontos supracitados, acerca da maternidade enquanto trabalho reprodutivo não-remunerado na perspectiva da dinâmica prazer e sofrimento, pode haver uma intensificação do quadro quando associado ao contexto com filho prematuro hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A prematuridade se torna fator potencial para maiores mudanças e readaptações, provocando contínuas ambivalências entre prazer e sofrimento.

Segundo a investigação realizada por Martinelli et al. (2021), a proporção da prematuridade vem aumentando nas últimas décadas, sendo que no ano de 2014 ocorreram 14,8 milhões de nascimentos prematuros no mundo, o que representou 10,6% de todos os

nascimentos. Ainda segundo esses autores, a tendência no Brasil é crescente quando comparada à dos países europeus (Martinelli et al., 2021).

O nascimento prematuro de um bebê é definido, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018), como aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação completas, existindo subcategorias com base na idade gestacional: extremamente prematuro (menos de 28 semanas); muito prematuro (28 a 32 semanas); pré-termo moderado a tardio (32 a 36 semanas e 6 dias). Outras categorias com base na idade gestacional são: a termo (37 semanas a menos de 42 semanas completas) e pós-termo (42 semanas completas ou mais).

Ainda de acordo com a OMS, a prematuridade ocorre por vários motivos (incluindo fatores sociodemográficos e ambientais), sendo as causas mais comuns devido a gestações múltiplas, infecções e doenças crônicas como diabetes e pressão alta; no entanto, muitas vezes nenhuma causa é identificada, além de poder haver uma influência genética (WHO, 2018).

Além de se constituir um fator de risco biológico, os autores Schiavo et al. (2021) sinalizam a internação em uma UTIN como uma variável adversa que pode trazer complicações na adaptação e reverberando em sentimentos negativos, uma vez que há uma interrupção entre o nascimento e a interação diária e imediata entre mãe e bebê.

Como forma de assistir o recém-nascido e a família nesse momento divergente, o Método Canguru (Portaria nº 1.683 de 2007) é atualmente a política pública modelo, tendo por princípio fundamental a atenção humanizada de assistência. O método reúne várias estratégias de intervenções biopsicossociais, sendo a posição canguru, que utiliza o contato pele a pele, um potente recurso no cuidado. Diversos benefícios podem ser observados para o bebê e sua família, como, por exemplo, a melhora na qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe/pai e filho (Brasil, 2017).

O período de internação do bebê prematuro varia de acordo com o diagnóstico e prognóstico, tendo em vista que a prematuridade pode vir associada a outros quadros patológicos, como as malformações. Independente da duração do período, se constitui fonte de sofrimento emocional e desgaste de ordem física, uma vez que exige mobilização tanto afetiva quanto da presença física nos cuidados na unidade.

Portanto, a presente pesquisa teve como objetivo analisar como ocorre a dinâmica prazer e sofrimento de mulheres-mães trabalhadoras não-remuneradas com filhos prematuros hospitalizados em uma UTIN.

Buscou-se por uma relevância social e científica de modo que possibilite a compreensão e desnaturalização das implicações advindas do trabalho enquanto cuidadora não-remunerada

com filho prematuro hospitalizado, favorecendo a tomada de consciência pela sociedade acerca da temática.

No sentido científico, para reflexão das necessidades de construção de políticas públicas e intervenções multiprofissionais que tornem visíveis as demandas provenientes das experiências dessas mulheres-mães, ressaltando os direitos a serem garantidos com visão humanizada e integral do ser humano.

Método

A pesquisa realizada caracteriza-se como de campo e qualitativa que, de acordo com Neto (2002), se apresenta como uma possibilidade de aproximação com aquilo que se objetiva conhecer e estudar, assim como criar conhecimentos, partindo da realidade presente no campo.

Logo, o campo não se trata necessariamente de uma delimitação geográfica, mas focaliza em uma comunidade, em que esse se torna “um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos” (Neto, 2002, p. 54).

Nesse sentido, a pesquisa não visa ao estabelecimento da relação tradicional do método científico baseada no sujeito-objeto, mas que propõe uma relação sujeito-sujeito caracterizada por uma aproximação, estabelecimento de vínculo, baseada no respeito à comunidade participante e em suas manifestações interiores próprias.

Caracterização do campo

A pesquisa foi realizada na UTIN de um hospital universitário localizado na cidade de São Luís - MA. Esta unidade se apresenta como referência no Estado e no Nordeste brasileiro na área de neonatologia, Método Canguru, em obstetrícia e pré-natal de alto risco, que oferece serviços de alta complexidade em saúde.

A UTIN é um desses serviços que atende bebês nascidos no próprio hospital e/ou provenientes de outras maternidades da capital e demais municípios do Maranhão, atualmente composta por 20 leitos. Existe também a Unidade de Cuidados Intermediários - UCIN, na qual recebe os bebês após a alta da UTIN para continuidade do cuidado até a alta hospitalar. Esta possui 10 leitos convencionais (UCINco) e 8 leitos destinados aos bebês prematuros assistidos no Método Canguru (UNCINca), totalizando 38 leitos.

A Unidade Neonatal (composta pela UTIN e UCIN) conta com o trabalho de médicos neonatologistas, fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem, além de residentes médicos e multiprofissionais (EBSERH, 2013).

Caracterização das participantes

Participaram da pesquisa 4 mulheres-mães com filhos prematuros na Unidades Neonatal que foram admitidos na UTIN. Não houve preocupação primordial com o tamanho da amostra, por priorizar um aprofundamento qualitativo da temática.

A escolha das participantes ocorreu por meio da existência de um vínculo anterior desenvolvido na assistência do serviço de psicologia, por uma das pesquisadoras, cuja seleção foi de acordo com a concordância e disponibilidade das mulheres-mães na participação.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: mulheres-mães maiores de idade e principais responsáveis pelos cuidados dos filhos na condição de hospitalização; recém-nascidos pré-termos com idade gestacional até 36 semanas e 6 dias, nascidos no hospital de referência. Não houve outros critérios, como número de filhos, estado civil e condição socioeconômica.

Os critérios de exclusão foram aquelas com filhos que não nasceram na idade gestacional considerada na prematuridade (a termo ou pós-termo); bebês pré-termo com malformação e/ou outro diagnóstico; participantes que optaram pela entrega voluntária do bebê; recém-nascido acompanhado exclusivamente por outros familiares; prematuros encaminhados da UTIN para Alojamento Conjunto (ALCON); discordância com os termos da pesquisa, assim como da recusa de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A figura a seguir apresenta o perfil das participantes com base nos dados coletados a partir do preenchimento do questionário sociodemográfico. Ressalta-se que, como forma de preservar o sigilo e privacidade dessas mulheres-mães, os nomes utilizados foram adaptados pelas pesquisadoras.

Figura 1.

Perfil sociodemográfico das participantes.

Participante	Idade	Estado Civil	Nº de filhos	Escolaridade	Exerce Atividade Remunerada
1. Violeta	34	Solteira	1	Ensino Superior Completo	Não

2. Margarida	33	Casada	4	Ensino Médio Incompleto	Não
3. Rosa	26	Solteira	1	Ensino Superior Incompleto	Não
4. Jasmine	18	Solteira	1	Ensino Médio Incompleto	Não

Instrumento

Os instrumentos utilizados na coleta foram de autoria das pesquisadoras, os quais foram elaborados em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde- CNS e os princípios regulamentadores do Código de Ética do Psicólogo, Resolução CFP N° 010/05.

Os instrumentos desenvolvidos utilizados foram: 1- TCLE; 2- Questionário sociodemográfico; 3- Roteiro de entrevista semiestruturada; 4- Termo de consentimento para uso de gravação de voz. Os materiais utilizados foram prancheta, celular com gravador de voz, folhas A4 e canetas.

Procedimentos

Foram realizadas quatro etapas individuais. A primeira ocorreu pelo contato com as participantes, quando foram apresentadas as propostas da pesquisa e entregue uma cópia do TCLE. A partir da concordância com os termos do estudo foi acordado dia e horário para continuidade do trabalho.

No segundo momento, após a assinatura do TCLE e do termo de consentimento para uso da gravação de voz, ocorreu o preenchimento do questionário sociodemográfico e a realização das entrevistas, estas duraram aproximadamente 40 minutos. Elas foram realizadas na sala de atividades, espaço dentro da Unidade Neonatal, que garantiu a privacidade das participantes (ambiente fechado com isolamento sonoro).

O terceiro momento seguiu com a análise dos dados coletados e, por fim, no quarto e último momento, foi realizada a devolutiva do material finalizado da pesquisa às participantes, considerando a relação humanizada e horizontalizada constituída.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi baseada nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O referido documento fornece orientações sobre o respeito à dignidade humana e a proteção dos sujeitos envolvidos, de acordo com os princípios regulamentadores do Código de Ética do Psicólogo, Resolução CFP nº 010/05.

O projeto da pesquisa foi elaborado e submetido à avaliação da Comissão Científica do Hospital Universitário/COMIC de referência, no qual obteve parecer favorável e encaminhado para a Plataforma Brasil (CAAE: 73196623.5.0000.5086) e aprovado sob parecer de número 6.590.983.

As participantes assinaram o TCLE que apresentou informações acerca da participação voluntária e não remunerada, assim como das garantias de preservação dos dados, da confidencialidade e do anonimato que ficarão sob a responsabilidade das pesquisadoras.

Durante todo o percurso, a pesquisadora entrevistadora, como profissional psicóloga, esteve disponível a realizar o acolhimento e escuta qualificada, em situações que poderiam ter sido provocadas por atravessamentos da pesquisa, de forma a minimizar os impactos emocionais. Contudo, não houve necessidade dessa assistência após as entrevistas.

Análise dos dados

A análise de dados foi realizada a partir do modelo de Laurence Bardin (1977), a análise de conteúdo, que se trata de conjunto de técnicas de análise visando obter indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens apresentadas.

De acordo com a autora, a análise de conteúdo constitui-se em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise, também chamada de leitura “flutuante”, em analogia à atitude psicanalista, pode ser categorizada como uma fase de organização em que há um primeiro contato com os documentos a serem analisados.

A segunda fase é a exploração do material que corresponde às operações de codificação, em função das regras previamente formuladas. A autora aponta que a partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias.

Por fim, na terceira fase denominada tratamento dos dados, o pesquisador tendo como base os dados brutos obtidos, procura torná-los significativos e válidos. Dessa forma, pode

utilizar técnicas qualitativas e/ ou quantitativas, de forma que condense tais resultados em busca de padrões, tendências ou relações implícitas.

Resultados e discussões

Os resultados foram estruturados conforme as categorias identificadas em comum nas entrevistas das participantes. As categorias foram agrupadas de acordo com o modelo proposto de Laurence Bardin (1977).

Na figura abaixo são apresentadas as categorias e as falas correspondentes, com base em trechos literais retirados das entrevistas.

Figura 2.

Categorização com falas representativas das entrevistadas.

CATEGORIAS	FALAS DAS PARTICIPANTES
1. Maternidade	É um amor que ultrapassa barreiras... não conseguir descrever o que é maternidade pra mim. É uma doação incondicional que você está disposta a dar pelo seu filho (Violeta).
2. Maternidade com filho prematuro	É difícil com um bebê prematuro... é inesperado. A gente sempre espera que venha no tempo certo, aí ela veio cedo, cedo até demais. Uma fase que está sendo bem difícil, bem difícil mesmo (Jasmine).
3. Trabalho como cuidadora não-remunerada	Está sendo difícil, seu filho fica aqui 24 horas, fica aqui 120 dias e você não tem condições físicas de ficar 24 horas com seu filho... (Violeta).
4. Dinâmica prazer e sofrimento	Ela tá desse jeito sem conseguir respirar. Tem momentos bons, tem momentos ruins, às vezes ela fica boa, às vezes fica pior (Jasmine).
5. Rede de apoio	Minha família, as irmãs da igreja mandam mensagem e oram pela minha bebê... minha irmã com quem deixo meus outros filhos (Margarida).

6. Fragilidades na assistência hospitalar	Eu acho que assim, receber uma ajuda quando a gente não tá trabalhando, né? tem umas que têm mais condições, outras não tem tantas... tipo, as vezes tem mãe que não tem nem roupinha pro bebê, higiene, fralda, pro transporte (Rosa).
-------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Maternidade

O conceito de maternidade foi descrito pelas participantes em torno de sentimentos positivos, principalmente o amor.

“Maternidade pra mim é... amor em primeiro lugar, né. Na verdade, a palavra amor já diz tudo porque só a gente gerar o bebê no nosso útero, carregar no colo, a palavra amor já diz tudo” (Margarida).

Estudos sobre a maternidade mostram que o “amor materno” foi considerado como elemento primordial e decisório para o exercício do maternar, sendo esse instintivo e natural de toda mulher.

Como sinalizado anteriormente, Badinter (1985) foi umas das principais autoras que tece críticas sobre essa questão, afirmando que confluem em ideologias que estão submersas em um mito, título que deu nome à sua principal obra, “Um amor conquistado: o mito do amor materno” (1985). Assim, o amor por si só garantiria um vínculo entre aquela que “dar à luz” e o bebê, desconsiderando a importância que as dimensões psicológicas e sociais têm nesse processo. Ou seja, o afeto como consequência do determinismo biológico.

As quatro entrevistadas apontaram em suas definições de maternidade o elemento amor. Contudo, vale salientar que se deve considerar as identidades enquanto construções mutáveis com influências socioculturais, não fixas. Logo, implica afirmar que existem inúmeras subjetividades maternas e essas, não necessariamente, formam um conglomerado uniforme.

Maternidade com filho prematuro

Em contraste com a primeira definição de maternidade, que prevaleceu como uma caracterização positiva e romântica, a definição de maternidade com filho prematuro trouxe nos relatos das entrevistadas os desafios e sofrimentos que permeiam essa experiência.

“É difícil com um bebê prematuro... é inesperado. A gente sempre espera que venha no tempo certo, aí ela veio cedo, cedo até demais. Uma fase que está sendo bem difícil, bem difícil mesmo” (Jasmine).

A idealização da maternidade é confrontada com a realidade pela necessidade de hospitalização em uma UTIN. Dispositivos como tubo de ventilação mecânica, incubadora e acesso venoso se tornam barreiras no contato com a mãe e a família, dificultando o fortalecimento do vínculo. O trecho a seguir explicita essa questão: “A incubadora acaba sendo, assim, como é que eu digo... uma barreira de você estar com seu filho, embora você esteja do lado... mas ela lhe deixa essa saudade” (Violeta).

As barreiras criadas pela unidade hospitalar têm como consequência a separação e distanciamento da diáde mãe-bebê. Essa ruptura produz alterações na dinâmica familiar e no modo como essa se organiza para dar conta desse novo momento, uma maternidade “anormal”, ou seja, diferente da idealizada. “[...] Eu imaginei uma gravidez, imaginei sair da maternidade com minha filha, nos braços, levar pra casa... uma maternidade normal. Porque essa maternidade não é normal, é anormal, uma maternidade que é necessária, mas que não é o normal, padrão” (Violeta).

Nesse sentido, fica evidente nos discursos das entrevistadas a necessidade de construir/desenvolver recursos de enfrentamento, na qual a dimensão espiritual (fé em Deus) comparece como importante elemento de suporte para lidar com essa situação.

É difícil pra nós mãe passar por esse momento... pra mim é a segunda vez, mas a primeira coisa que a gente deve fazer é colocar nas mãos do Senhor, Ele sabe todas as coisas e no final tudo vai dar certo em nome de Jesus (Margarida).

De acordo com Fraga et al. (2019), a prática da espiritualidade no contexto de hospitalização neonatal possibilita um cuidado humanizado, favorecendo o vínculo entre mãe-bebê-família, assim como com a equipe de saúde. A espiritualidade é apontada como uma das fontes primárias de esperança, auxiliando as mães no enfrentamento e compreensão do processo de internação do bebê.

Em consonância com os escritos de Montanhaur et al. (2020), os recursos de enfrentamentos são importantes instrumentos na vivência com filhos prematuros na UTIN, facilitadores em promover a organização emocional ainda que em momentos difíceis.

Para além da espiritualidade, os autores referenciados apontam a presença familiar como suporte emocional às mães, assim como a confiança pelo serviço ofertado pelos profissionais de saúde, esperança e otimismo quanto à recuperação do bebê, compreendido pela necessidade do tratamento e pelas possibilidades em poder participar quando possível das atividades de cuidado ao recém-nascido (Montanhaur et al., 2020).

Trabalho como cuidadora não-remunerada

A vivência com filho hospitalizado na UTIN requer uma mobilização em diversas dimensões, física, afetiva, psicológica, financeira, etc. Todos esses fatores culminam no cuidado que é prestado pela figura, em geral, da mãe ou outro familiar a quem é atribuído tal papel. O papel da mãe enquanto cuidadora do bebê durante a hospitalização é considerado crucial em favorecer pontos positivos ao desenvolvimento e vinculação com o filho.

No entanto, atravessando essa assertiva há uma construção sociocultural que atribui à mulher esse papel como principal responsável por esse cuidado. Logo, remete à divisão dos papéis sociais por meio do gênero, o que fortalece a romantização da maternidade e idealização do feminino.

As falas das participantes revelam que o trabalho desempenhado como cuidadora não-remunerada do filho na UTIN perpassa por características que são encontradas em outras categorias de trabalho, inclusive nas remuneradas, como por exemplo o investimento de tempo e o desgaste físico advindo das atividades. Essa ocupação não pode ser apenas considerada como uma tarefa compulsória de toda mulher que se torna mãe, mas que tem suas singularidades presentes no campo do trabalho, uma vez que se constitui baseada na vinculação afetiva e não na remuneração e/ou outro ganho presente na lógica mercantil.

Está sendo difícil, seu filho fica aqui 24 horas, fica aqui 120 dias e você não tem condições físicas de ficar 24 horas com seu filho... você vai pra casa, mas sua cabeça, sua mente, seu coração fica aqui. As vezes só o corpo vai pra casa pra no outro dia você estar presente (Violeta).

O desgaste físico advindo do tempo de permanência na UTIN, embora não exista uma obrigatoriedade de tempo mínimo, implica em uma ocupação que abrange as 24 horas, pois é um trabalho onde a dimensão do cuidado afetivo é preponderante e ultrapassa tempo cronológico e o espaço. Não existe a possibilidade de “se desligar” do trabalho de ser mãe, assim como é possível esse “desligamento” em outras atividades laborais convencionais.

Lebreto et al. (2018) compreendem o cuidar como uma relação intersubjetiva de ações e comportamentos que exigem investimento, habilidades e atitudes, que visam melhorar a condição humana. É possível perceber que na relação da mãe com filho em UTIN existe um investimento que não tem garantias, a possibilidade da morte como algo concreto potencializa as angústias.

É muita aflição... é uma série de sentimentos assim... que é aflita, medo, porque a gente não sabe o que pode acontecer, a gente não quer que nunca aconteça algo, mas a gente sempre fica assim um pouquinho com pezinho atrás (Rosa).

Ainda segundo as autoras, “os cuidados diários com os pacientes fazem com que as cuidadoras não identifiquem tempo para cuidar de si” (Lebreto et al., 2018, p. 62). O autocuidado também é um fator que fica prejudicado porque existe um tempo significativo dedicado ao acompanhamento do filho, além do sentimento de culpa que poderá surgir por estar utilizando o tempo e recursos para aquilo que não seja prioridade para o bebê.

“Não tenho cabeça pra isso... até porque eu me sinto mal em fazer algo que eu possa me divertir. Eu me sinto mal porque eu tô me divertindo e minha filha tá numa UTI” (Rosa).

“O autocuidado é cuidar dela” (risos) (Violeta).

Nessa linha de compreensão do cuidado materno como um trabalho, importa ressaltar que essas mães realizam dupla jornada: ocupação de cuidado do filho na UTIN e a ocupação com tarefas domésticas (que também se trata de uma ocupação não-remunerada).

“Eu venho pela manhã, saio 18 horas... chegar em casa eu vou lavar roupa, vou tomar banho, arrumar a casa... vou dormir 1, 2 horas da madrugada e no outro dia já tô aqui de novo” (Jasmine).

De acordo com o exposto por Rufini et al. (2019), o trabalho doméstico é considerado invisibilizado, um trabalho que não é visto como trabalho, mas como uma atividade inherentemente feminina. Em sua obra, os autores sugerem estudos que retratam o adoecimento dessas trabalhadoras em função da exaustão ocasionada por essa dupla jornada, o que é ratificado com a fala abaixo.

“Tem que lidar com o emocional, com o físico... tem que lidar com tudo. Se a gente não é forte, aqui a gente fica” (Jasmine).

Diante de todo esse panorama, é possível perceber que são atribuídos sentidos ao trabalho de cuidado realizado pelas mães decorrente de suas subjetividades.

“Não é como tá em casa, mas pra mim tá sendo bom porque tô vendo o desenvolvimento dela, o empenho da equipe... pra mim tá sendo ótimo... é bom cuidar dela, ficar pertinho dela” (Jasmine).

O sentido é atribuído ao fazer, no qual é compreendido como o que possui características essenciais nas dimensões que aludem no envolvimento cognitivo e afetivo por parte daquele que o realiza (Martins et al., 2018). Ainda em consonância a essa concepção, o autor sinaliza que a finalidade da ação, a eficiência que é desenvolvida a atividade, a possibilidade de satisfação intrínseca e a segurança e autonomia são os pontos que conduzem o trabalhador a realizar um trabalho com sentido.

Logo, mesmo com os sofrimentos e dificuldades que permeiam a trajetória de acompanhar um filho prematuro na UTIN, as entrevistadas expressam o sentido que atribuem a esse fazer, as quais mobilizam recursos internos e externos para desempenharem a função.

Dinâmica prazer e sofrimento

A dinâmica prazer e sofrimento na experiência de cuidados ao filho prematuro hospitalizado na UTIN revela que esse movimento, diante do que foi apresentado nas categorias anteriores, é inerente ao trabalho como atividade, em que há investimentos de diversas ordens, tais como o psicoafetivo.

“As minhas alegrias são quando minha bebê tá bem (risos)... quando tá sem os acessos, sem o tubo...” (Violeta).

Em outro momento, a mesma entrevistada diz que fala sobre o sofrimento em presenciar a intercorrência da filha.

[...] Minha filha estava desfalecendo ali pra mim (choro), então isso pra mim foi grande sofrimento ontem... como é que eu descrevo... um dia pra mim que eu queria esquecer, ontem, mas hoje estamos aqui e o dia de ontem já não importa, já passou (Violeta).

O prazer nesse processo parece associado à ausência de dispositivos e melhora do quadro clínico das bebês, como apresentado pelas falas das participantes.

“Só em chegar aqui e ver ela respirando, em ar ambiente, sem ajuda de aparelho, já é uma grande vitória. Aí isso deixa meu dia mais alegre, graças a Deus” (Margarida).

“Ela tá desse jeito sem conseguir respirar. Tem momentos bons, tem momentos ruins, às vezes ela fica boa, as vezes fica pior” (Jasmine).

Eu fico assim mais aflita em relação ao tubo porque... como é prematura não consegue respirar só... Aí tira e você cria uma expectativa, aí ela se sente logo cansada e acaba voltando pro tubo de novo. É muito sofrimento (Rosa).

A própria prematuridade se torna fonte de sofrimento, tendo em vista que essa é responsável pela grande parte dos casos que necessitam do suporte de uma unidade intensiva após o nascimento.

“Sofrimento de ver ela ali, naquela situação... a gente tava esperando um bebê de 9 meses, né? Aí ela veio prematura...” (Margarida).

Outros fatores como presenciar situações difíceis com outros bebês internados na unidade, acompanhar a realização de procedimentos invasivos e dolorosos, são exemplos de outras fontes de sofrimento para as mães.

“Você ver o filho do colega do lado, você já imagina, Meu Deus, não quero passar por isso” (Violeta).

“O que mais me causa sofrimento é ver ela nesse sofrimento”(Jasmine).

Essa dinâmica prazer e sofrimento, sob a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, segundo Lima et al. (2023), emerge da relação entre o trabalho prescrito e o real que exige um engajamento inteligente para lidar com essa diferença.

O trabalho prescrito, ainda segundo os autores, se refere ao que é esperado nos termos e meios definidos previamente para cumprir a atividade, enquanto o real se detém no como é executado de acordo com as condições existentes. Para Lima et al. (2023), existe uma lacuna que gera sofrimento nesse processo, embora não seja esse limitante, pois se torna um meio de desenvolver a inteligência e criatividade no trabalho.

É possível, assim, observar através do discurso, como essas mulheres-mães utilizam desses sofrimentos para se tornarem elementos propulsores de desenvolvimento de esperança e resiliência, a fim de renovarem as forças para prosseguir.

“Vai ser um dia que não vou esquecer, mas já está para trás porque vai vir outros dias que vai ser melhores e com certeza vai prevalecer sobre esse, com certeza” (Violeta).

O prazer, no sentido da teoria Psicodinâmica, defende a possibilidade de emergir experiências de prazer no trabalho realizado, os quais são capazes de transformar o sofrimento em satisfação. Lima et al. (2023) ratificam que essa possibilidade fortalece recursos para manutenção da saúde no trabalho exercido, uma vez que é a partir do sentimento de pertencimento, sentido e a identidade que o trabalhador se reconhece.

Nesse caso, as mulheres-mães constroem suas subjetividades enquanto trabalhadoras não-remuneradas de filho prematuro hospitalizado pela apropriação dessa maternidade no espaço e contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva, ainda que seja diante de uma situação aversiva.

Um dos aspectos que compareceu durante as entrevistas, como elemento que produz maior satisfação, é a posição canguru, ou seja, o contato pele a pele. As entrevistadas foram unâmines nos discursos ao apontarem essa prática como fonte de satisfação materna, como apresentado nas seguintes falas.

“São pequenos momentos de alegrias... [...] Eu sinto uma paz que...principalmente quando eu tô com ela no colo, não sei descrever, uma paz muito grande” (choro) (Violeta).

“Quando ela nasceu, por ser prematura, ela veio logo pra cá, né? só olhei de longe e já trouxeram ela. Então, a parte do canguru é muito importante porque você tem contato com seu bebê” (Rosa).

Quando coloco no contato pele a pele, o famoso canguru... eu acho que quando eu sinto ela, o coraçãozinho dela, assim... eu fico, renovo minhas energias, a negatividade vai embora e aquela coisa de que vai dar tudo certo, vou conseguir e ela também (Margarida).

Rede de apoio

Diante dos desafios e percalços vivenciados, essas mulheres-mães precisam do suporte de pessoas e instituições para que consigam desempenhar, dentro do possível, o papel como cuidadora dos filhos em estado de internação hospitalar. Essa rede estabelecida na relação de ajuda constitui o que se comprehende por “rede de apoio”.

As 4 entrevistadas sinalizam que os companheiros (pais das bebês) são os principais responsáveis financeiros e que, por isso, não dispunham de tempo para permanecer diariamente nos cuidados aos filhos na UTIN. Entretanto, embora se tornem as principais cuidadoras e que essa tarefa compareça como sobrecarga de trabalho, não atribuem esse fator como negativo e ainda destacam os cônjuges como importante membro da rede de apoio.

Cabe, portanto, uma reflexão nesse aspecto, no que diz respeito à divisão sexual do trabalho, no qual aos homens cabe a esfera produtiva e às mulheres a esfera reprodutiva, no que se traduz trabalho assalariado versus trabalho doméstico.

Não cabe mais, além da inquietação, tomar como ponto de partida julgamentos das realidades vivenciadas, mas sim perceber a naturalização desses dois polos como opostos e indissociáveis. Assim, o papel do cuidado se perpetua no feminino, como naturalização e concepção, permanecendo invisibilizado e sem possibilidades de ampliar as potencialidades que homem e mulher podem construir conjuntamente.

Outros membros foram destacados como importantes, tais como familiares maternos e paternos, sendo esses citados como aqueles que dão suporte em relação aos cuidados domésticos, principalmente pelas mulheres-mães estarem no puerpério imediato e precisam se ausentar de casa para estar na unidade. Assim, destacam ajuda nesses cuidados de rotina doméstica e assistindo aos outros filhos que permaneceram em casa (uma das participantes tem outros três filhos, por exemplo).

As comunidades religiosas e amigos também foram citados pelas participantes como importantes membros que dão suporte, através de apoio espiritual, emocional e financeiro (arrecadação de fraldas, utensílios para o bebê, por exemplo).

“As irmãs da igreja, elas me ajudam muito... mandando oração pra mim, que eles estão orando pela XXXX. Elas me mandam mensagem de apoio, a minha família também todo dia graças a Deus”. (Margarida)

“Elas (as amigas) fizeram até um chá de fralda pra mim...no dia 10 que a XXXX fez 1 mês, né?. De onde eu trabalhava antes, de vez em quando eles mandam dinheiro, fralda, dessas ajudas assim. Ajuda de um, ajuda de outro que já dá pra comprar uma fralda, comprar um lanche, pagar passagem” (Rosa).

A equipe de Assistência da UTIN também foi citada pelas entrevistadas como membros da rede de apoio.

“Você se apega muito aos profissionais pra lhe auxiliar... você depende dele pra tudo. Pra nos socorrer, pra nos... até pra dar uma força emocional, pra conversar e tudo mais. São uns anjos” (risos) (Violeta).

Nesse sentido, conforme ratificam Alves, Pereira, Aveiro e Cockell (2022), a rede de apoio é constituída como “um suporte disponível a se recorrer, quem traz significado e é considerado e quem realmente está presente” (p. 668). A partir dos autores, a equipe de assistência multiprofissional deve prestar um atendimento acolhedor humanizado, no qual favoreçam o fortalecimento da vinculação do bebê com a família, assim como reduzir inseguranças nos cuidados com o bebê.

Fragilidades na assistência hospitalar

Por fim, como última categoria, foi facilitado espaço para que as participantes pudessem apontar aspectos que, de acordo com a experiência singular de cada uma delas, avaliassem como necessidade de mudanças e/ou fragilidades. Três aspectos compareceram: estrutura, insuficiência de profissionais e necessidade de auxílio financeiro.

O primeiro ponto em comum trazido pelas participantes trata-se da estrutura hospitalar. Por existir a necessidade de longa permanência na unidade, esta deve oferecer um ambiente adequado para que a família possa acompanhar os bebês na unidade. Um local para repouso, por exemplo, é apontado como inexistente.

Segundo a recomendação do Ministério da Saúde (2017), o contato pele a pele deve ser realizado pelo tempo máximo que mãe/pai e bebê entenderem como prazeroso e suficiente, isso por si só exige uma acomodação confortável para que esse momento seja benéfico para ambos.

O próprio cansaço físico, principalmente após o parto, quando existe desconforto na ferida operatória da cirurgia cesárea e, mesmo aquelas que têm parto vaginal, precisam de descanso apropriado.

Sinto falta, assim, nem tanto por mim... tem mães que são do interior, outro município, mães que moram distante e tem uma certa dificuldade de locomoção, então eu vejo que a unidade poderia propor, propor não, implementar um local de descanso para essas mães que não podem ir em casa e ficam aqui 12 horas... conheço uma que fica mais de 12 horas aqui (Violeta).

“Lugar pra descanso. Um lugar pra ficar perto dos seus bebês... a parte das cadeiras no canguru deveria ter uma cadeira melhor pra fazer o canguru” (Jasmine).

Duas participantes apontaram a insuficiência de profissionais diante da grande demanda de cuidados. Elas se queixam dos seus bebês ficarem sem assistência adequada em algumas situações.

Eu sei que não é uma pra cada bebê... uma pra dois, três. Eu sei que é cansativo, mas tem hora assim, que eu vejo, é tipo dar por esquecimento. Se eu pudesse resolver esse problema seria uma pra cada bebê, aí seria suficiente (Margarida).

No que diz respeito ao auxílio financeiro, três das entrevistadas sinalizam a dificuldade para conseguir recursos para permanência integral no acompanhamento das filhas, em que uma delas reside no interior do estado. Apesar da instituição hospitalar dispor de três refeições básicas (café da manhã, almoço e jantar), outros gastos são imprescindíveis, como passagem para deslocamento, hospedagem e materiais de higiene para as bebês.

Eu acho que tipo assim, receber uma ajuda quando a gente não tá trabalhando, né? Tem umas (mães) que têm mais condições, tem outras que nem tanto. Então, eu acho que seria algo viável e legal pro momento que a gente tá passando. Ajudar as pessoas que não têm condições pra estar todo aqui na UTI... com bebê na UTI fica mais difícil conseguir um trabalho, né? (Rosa).

As desigualdades sociais aparecem com mais intensidade nos contextos em que os recursos financeiros se tornam critérios de sobrevivência. Sobreviver a uma rotina desgastante fisicamente, sobreviver diante da precariedade do transporte público, sobreviver diante de quadros que exigem assistência para além do Sistema Único de Saúde - SUS, assim como tantos outros elementos que escancaram o privilégio de quem tem mais, uma vez que as Políticas Públicas são frágeis e não assistem do modo como precisam as protagonistas desse cenário.

Considerações Finais

Existem diversas concepções de trabalho, vieses construídos a partir de áreas de saberes diferentes, como a sociologia, psicologia, economia, por exemplo. Diante da complexidade de

compreender do que se trata o trabalho, algumas ocupações tendem a ficar invisibilizadas por não estarem dentro dos critérios da lógica mercantil capitalista, incluindo o papel materno.

A maternidade, nesse sentido, é configurada como um trabalho não-remunerado de cuidado, diferenciando-se de outros modos de trabalho que levam em consideração a produção de mercadorias e serviços. O maternar ultrapassa essa lógica mercadológica e caminha em torno do papel de cuidar não apenas pela responsabilidade reprodutiva, mas pelo engajamento do sentido atribuído ao “ser mãe”.

Cabe, assim, uma reflexão trazida pelos autores Dorna e Muniz (2018) acerca do trabalho não remunerado doméstico, aplicável à maternidade, na qual a esfera da reprodução também é o lugar da produção. O trabalho das mulheres envolve cuidar de vidas e formar valores fundamentais para a sociedade. Por conseguinte, a maternidade pode ser considerada um trabalho complexo, tanto reprodutivo quanto produtivo.

Em um contexto adverso de uma UTIN, os cuidados exercidos pelas mulheres-mães com filhos prematuros hospitalizados são marcados pela experiência da dinâmica prazer e sofrimento que incluem a lacuna entre o imprevisível e o incontrolável. Dinâmica que perpassa, por exemplo, entre as ocorrências simultâneas do entristecimento com o reconhecimento da finitude da vida à alegria pela saída de um dispositivo invasivo, entre uma intercorrência respiratória e um resultado negativo de uma patologia grave.

Assim como tantas outras possibilidades que podem preencher o dia a dia dessas mulheres-mães, entre as delícias dos momentos alegres e as angústias diante das dores.

As estratégias de mediação vão sendo desenvolvidas e fortalecidas como recursos inteligentes e criativos com o objetivo de gerenciarem suas vivências nesse contexto de hospitalização, assim pela busca de manter a saúde integral do sujeito. Importante ressaltar que essa relação prazer e sofrimento não configura condição patológica, pois faz parte do próprio processo de ser e estar na tarefa de cuidado especificado.

É por meio dos processos subjetivos que os sentidos vão sendo atribuídos ao fazer materno, no qual ocorre engajamento e investimentos (afetivos, físico, financeiros, etc.) necessários para execução desse cuidado, mesmo diante dos desafios e sofrimentos.

O trabalho de cuidado não-remunerado exercido pelas mulheres-mães acarreta diversas implicações, de ordem social, financeira e psicológica, como evidenciado pela pesquisa. Assim, apesar de vivenciarem contexto comum e situações semelhantes, cada mulher-mãe possui suas singularidades e busca ressignificar a prematuridade e suas complexidades na UTIN, não sendo objetivo deste estudo homogeneizar essas experiências, mas destacá-las em suas peculiaridades.

Durante o desenvolvimento deste estudo foi possível identificar algumas limitações que dificultaram o aprofundamento na temática, como a escassez teórico-científica de estudos que considerem a maternidade a partir da categoria trabalho, assim como esse enquadramento no contexto da prematuridade.

Foram verificadas necessidades comuns por uma rede de apoio consistente, adequada assistência hospitalar e políticas públicas que as amparem em suas demandas nesse momento intenso e desafiador da prematuridade. Assim como verificado uma necessidade por processos facilitadores na assistência materna que contribuam na construção de alternativas e possibilidades para lidar com essa vivência concatenada entre prazer e sofrimento.

Além disso, embora a amostra participante tenha sido considerada suficiente para dar conta da discussão do objetivo proposto, é importante que haja realização com uma amostra maior para ampliar e aperfeiçoar a investigação. Ainda, a própria rotina hospitalar foi considerada um elemento dificultador, uma vez que as variáveis não controláveis, como as intercorrências clínicas, solicitaram reajustamentos contínuos na organização sistemática da pesquisa.

A dinâmica prazer e sofrimento se apresenta como caminho possível no experenciar da maternidade, abrindo espaço para o sentir, concomitantemente, entre angústias, medos e incertezas, mas sobretudo construindo criativamente recursos subjetivos que alcançam o otimismo, fé e esperança, diante das circunstâncias.

Observou-se que esse público está exposto a intensas e complexas manifestações com repercussões emocionais, sociais, culturais e biológicas no contexto. Portanto, diante do crescimento do número de nascimentos prematuros no país, a assistência ao bebê pré-termo e à sua família- solicita cada vez mais espaços e políticas públicas que garantam seus direitos, que lhes são próprios desde antes mesmo do nascimento.

Esta pesquisa torna-se elemento mobilizador, como possibilidade de estudos futuros, para alcançar a ampliação de discussões sobre as demandas de mulheres-mães com filhos prematuros em estado de hospitalização, possibilitando a reflexão para formulação de Políticas Públicas de assistência que as reconheçam em suas necessidades integrais e legítimas.

Referências

- Alves, A. B., Pereira, T. R. C., Aveiro, M. C., & Cockell, F. F. (2022). Functioning and support networks during postpartum. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22(3), 667-673. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030013>
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Nova Fronteira.

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. (2017). *Método Canguru: manual técnico* (3a. ed.). Editora do Ministério da Saúde. (Atenção humanizada ao recém-nascido).
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional dos Psicólogos: Resolução n.º 10/05*. CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Production*, 14(3), 27–34.
<https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>
- Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli, J. C., & M. I. S. Betiol (Orgs.), *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp. 119-145). Atlas.
- Dorna, L. B. H. & Muniz, H. P. (2018). O maternar como atividade de trabalho. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(2), 1-16.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000200011&lng=pt&tlang=pt
- EBSERH. (2013). *Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão: dimensionamento de serviços assistenciais*. UFMA.
http://www.ebsrh.mec.gov.br/images/pdf/contratos_adesao_huf/ufma/dimensionamento_servicos_hu_ufma.pdf.
- Fonseca, M. N. A., Rocha, T. S., Cherer, E. Q., & Chatelard, D. S. (2018). Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(2), 141-155.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200009&lng=pt&tlang=pt
- Fraga, E., Dittz, E. S. & Machado, L. G. (2019). The construction of maternal co-occupation in the Neonatal Intensive Care Unit. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 92-104. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1125>.
- Ghizoni, L. D., Oliveira, A., & Cançado, A. C. (2013). Solidariedade. In F. O. Vieira, A. M. Mendes, & A. R. C. Merlo (Orgs.), *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho* (pp. 427-431). Juruá.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>.
- Hirata, H. (2016). Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado. *Cadernos Pagu*, (46), 151-163. <https://doi.org/10.1590/18094449201600460151>.

- Hirata, H. & Guimarães, N. A. (2015). Cuidado e Cuidadoras - as várias faces do trabalho do care. *Cadernos Pagu*, (45), 577-585. <https://doi.org/10.1590/18094449201500450577>.
- Hirata, H., & Kergoat, D. (2007). Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, 37(132), 595-609. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>.
- Lebreiro, A. M., Lobato, S. M. C., & Fima, L. R. V. (2022). O Papel de Cuidadora Atribuído à Mulher: escuta psicológica de acompanhantes de pacientes em tratamento hemodialítico. *Revista Científica Gênero na Amazônia*, (14), 58. <https://doi.org/10.18542/rcga.v0i14.13252>.
- Lima, F. T., Del Bianco, G. S., & Gemma, S. F. B. (2023). Vivências intersubjetivas de sofrimento no trabalho de mulheres no setor automobilístico: análise à luz da psicodinâmica do trabalho. *Trabalho (En)Cena*, 8(Contínuo), e023011. <https://doi.org/10.20873/2526-1487e023011>.
- Machado, J. S. A., Penna, C. M. M., & Caleiro, R. C. L. (2019). Cinderela de sapatinho quebrado: maternidade, não maternidade e maternagem nas histórias contadas pelas mulheres. *Saúde em Debate*, 43(123), 1120-1131. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912311>.
- Martinelli, K. G., Dias, B. A. S., Leal, M. L., Belotti, L., Garcia, É. M., & Santos Neto, E. T. (2021). Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 38, e0173. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0173>.
- Martins, R. D., Cerutti, P. S., Vaz, E. D., & Gallon, S. (2018). Sentidos do trabalho na percepção de pessoas que exercem trabalho comum. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 21(1), 1-15. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v21i1p1-15>.
- Montanhaur, C. D., Rodrigues, O.M.P.R., & Arenales, N. G. (2020). Bebês internados em unidades neonatais: caracterização e percepção materna da situação. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 40(99), 241-251. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000200008&lng=pt&tlang=pt.
- Neto, O. C. (2002). O trabalho de campo como descoberta e criação. In, M. C. de S. Minayo (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (21a ed., pp. 51-66). Vozes.
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (2012, 12 dez.). Conselho Nacional de Saúde. Brasil. http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
- Rocha, J. R., & Monteiro, L. V. B. (2018). A dimensão espiritual na compreensão do fenômeno saúde-doença na Psicologia da Saúde. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS*, 4(2), 15. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaude/article/view/2094>.
- Rufino, V. M., Torres, T. L., & Zambroni-de-Souza, P. C. (2019). Gênero e trabalho na psicologia: revisão sistemática e metanálise qualitativa. *Revista Psicologia*

Organizações e Trabalho, 19(2), 588-597.
<https://dx.doi.org/10.17652/rpot/2019.2.15124>.

Schiavo, R. A., Rodrigues, O. M. P. R., Santos, J. S., Campos, B. C., Nascimento, L. M. B., & Dornelas, L. M. C. S. (2021). Saúde emocional materna e prematuridade: influência sobre o desenvolvimento de bebês aos três meses. *Pensando famílias*, 25(2), 98-113. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200008&lng=pt&tlang=pt

Silva, M. N. O., & Costa, A. B. (2022). O papel da mulher na produção e reprodução do trabalho no capitalismo à luz de alguns conceitos. *Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas*, 19(33), 180-195. <https://doi.org/10.22481/ccsa.v19i33.10474>.

Informações sobre os autores

Karlesandra Ferreira da Cruz Batista

Endereço institucional: Universidade Federal do Maranhão- Av dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga. São Luís- MA, 65080-805
E-mail: karlesandrabatistapsi@gmail.com

Carla Vaz dos Santos Ribeiro

E-mail: carla.vaz@ufma.br

Contribuição das Autoras	
Autor 1	Escrita, entrevistadora. Concepção do estudo, escrita do projeto, coleta de dados, análise de dados, escrita do artigo, revisão e correção do artigo.
Autor 2	Revisão e edição. Supervisão e orientação do trabalho. Revisão e correção do artigo.