

MICHELE CARMONA ACHING

**A EXPERIÊNCIA DE MÃES REFUGIADAS NA
CLÍNICA WINNICOTTIANA DA MATERNIDADE**

PUC-CAMPINAS

2017

MICHELE CARMONA ACHING

**A EXPERIÊNCIA DE MÃES REFUGIADAS NA
CLÍNICA WINNICOTTIANA DA MATERNIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato

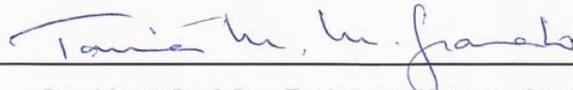
PUC-CAMPINAS

2017

MICHELE CARMONA ACHING

**A EXPERIÊNCIA DE MÃES REFUGIADAS NA
CLÍNICA WINNICOTTIANA DA MATERNIDADE**

BANCA EXAMINADORA



Presidente Prof. Dra. Tania Mara Marques Granato



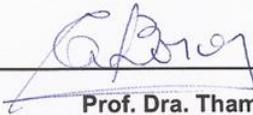
Prof. Dra. Tania Maria José Aiello-Vaisberg



Prof. Dra. Vera Engler Cury



Prof. Dra. Tereza Marques de Oliveira



Prof. Dra. Thames Cornette-Borges

PUC-CAMPINAS

2017

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t155.633 Aching, Michele Carmona.

**A178e A experiência de mães refugiadas na clínica winnicottiana da
maternidade / Michele Carmona Aching. - Campinas: PUC-Campi-
nas, 2017.
186p.**

Orientadora: Tânia Mara Marques Granato.
Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexo e bibliografia.

AGRADECIMENTOS

Grata pela parceria com a minha querida orientadora Tania Mara Marques Granato, que me incentivou a crescer como pesquisadora, psicóloga e escritora.

Grata a Tereza Marques de Oliveira, por me permitir ousar como psicóloga clínica e me amparar para encontrar um caminho singular e autêntico em minha prática.

Grata por todo o apoio e incentivo de meu marido Fernando de Abreu Feijó que soube me acolher com paciência e parceria neste longo percurso.

Grata a toda a minha família, meu pai Jaime Salazar e sua esposa Diana Salazar, minha mãe Marinês Carmona e seu marido Márcio Cruz e minhas irmãs Francis Aching, Nicole Aching e Clara Salazar, por todo apoio e interesse.

Grata aos meus colegas e amigos do Grupo de Pesquisa, especialmente Mariana Biffi por sua leitura dedicada, pelas animadas discussões, pela parceria. A todos os outros amigos, Sofia Bonfatti, Vivian Pekny, Cleber Moraes, Marina Autuori e Antonio Richard, muito obrigada.

Grata a todos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas e ao CNPQ por permitir que este estudo fosse realizado

Sumário

RESUMO	viii
ABSTRACT.....	ix
RESUMEN.....	x
APRESENTAÇÃO	xi
A TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	17
AS MÚLTIPLAS FACES DA VULNERABILIDADE SOCIAL	47
2.1. Vulnerabilidade sociodemográfica	50
2.2. Vulnerabilidade econômica.....	52
2.3. Vulnerabilidade associada ao ciclo de vida.....	54
2.4. Vulnerabilidade associada à experiência familiar.....	56
2.5. Vulnerabilidade migratória	59
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	63
4.1. Fundamentação Teórica	64
4.2. O campo de pesquisa	67
4.4. A Clínica Psicológica	72
4.5. Procedimento de Registro e Análise do material clínico.....	76
NARRATIVAS PSICANALÍTICAS	79
5.1. A ameaça que as fez partir	80
5.1.1. De partida em um navio	82
5.1.2. Retida no aeroporto	87

5.2. Vida pregressa.....	89
5.2.1. Correr para viver.....	90
5.2.2. Será independência?	95
5.3. (Re)nascido no Brasil.....	99
5.3.1. A transição de Udo do parto ao puerpério.....	101
5.3.2. A transição de Yia do parto ao puerpério.....	107
5.4. Os cuidados com um bebê em terras estrangeiras	110
5.4.1. Sintonia entre Udo e seu bebê	113
5.4.2. Encontros e desencontros de Yia e seu bebê	117
5.5. A instituição é um espaço de acolhimento?	126
5.5.1. Convidada a se retirar.....	128
5.5.2. Apesar de tudo, grata	131
5.6. Uma psicanalista fazendo outra coisa mais adequada à situação... ..	134
5.6.1. As muitas necessidades de Yia.....	136
5.6.2. As muitas fragilidades de Udo	148
ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A TRANSIÇÃO PARA A	
MATERNIDADE EM SITUAÇÃO DE REFÚGIO	156
REFERÊNCIAS	168
ANEXOS.....	183

RESUMO

ACHING, M. C. (2017). *A experiência de mães refugiadas na clínica winnicottiana da maternidade*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. (186 páginas)

A transição para a maternidade é caracterizada por mudanças físicas, psicológicas e sociais cuja intensidade afetiva se acentua quando vivida em um contexto em que múltiplas vulnerabilidades se sobrepõem. A experiência de refúgio marca a transição para a maternidade com toda a sua radicalidade, na medida em que a gravidez e a maternidade vividas em outro país dá origem a inúmeras rupturas, como a perda de suporte familiar e social, além da impossibilidade de atribuir um sentido para as suas práticas maternas que seja culturalmente aceito no país de acolhida. Diante desse cenário, a presente pesquisa teve como objetivo compreender a experiência emocional de mulheres refugiadas ao longo da transição para a maternidade, por meio do atendimento psicanalítico a duas mulheres nigerianas que tinham acabado de chegar ao nosso país e estavam abrigadas em uma instituição de alojamento social. Os resultados desta pesquisa são apresentados sob a forma de narrativas psicanalíticas que visam a transportar o leitor para a situação vivida nos encontros terapêuticos. Foram abordadas as condições das pacientes para a fuga da Nigéria frente à ameaça do grupo terrorista Boko Haram; sua história pregressa em seu país de origem, sua língua, sua origem tribal e modelos familiares; as dificuldades que enfrentaram por ocasião da experiência do parto em um nova cultura, quando o universo cultural das pacientes e o aparato tecnológico ocidental se chocam; os desafios de cuidar de um bebê em uma cultura distinta da sua, cujas expectativas comprometem a manutenção dos ritos e práticas maternas, na medida em que são interpretados com discriminação e preconceito. As narrativas psicanalíticas se encerram com a apresentação e questionamento sobre o acolhimento oferecido pela instituição de abrigo, bem como sobre o manejo clínico proposto nesse contexto da maternidade de mulheres refugiadas. Foram discutidas a questão da capacitação profissional adequada para o cuidado à mãe refugiada tendo em vista o estabelecimento de uma relação mãe-bebê suficientemente boa, além da tarefa de resgate dos laços com a cultura de origem da mãe que deve acompanhar todo trabalho profissional em campo transcultural. Embora a experiência de refúgio acentue o sofrimento materno, em função da desorganização e desamparo que provoca, também foi possível observar que a própria maternidade pode se constituir como experiência que resgata a mulher das agonias impensáveis e recupere o caráter humano das experiências vividas.

Palavras-chave: maternidade, refúgio, psicanálise.

ABSTRACT

ACHING, M. C. (2017). *The experience of refugee's women in the Winnicott's motherhood clinic*. Doctorate Thesis. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. (186 páginas)

The transition to motherhood is characterized by physical, psychological and social changes, for which the emotional intensity is exacerbated when experienced within the context of exposure to numerous vulnerabilities. The refugee experience denotes the transition to motherhood with all its radicalism, in so far as the pregnancy and motherhood experienced in a foreign country results in numerous disruptions, such as the loss of familial and social support, in addition to being unable to attribute meaning to one's maternal practices/rituals which will be culturally accepted in the new country. Given this scenario, the objective of this research project was to obtain an understanding of the emotional experience of refugee women throughout their transition to motherhood, by means of the psychoanalytical services provided to two Nigerian women who had just arrived in Brasil and were residing in a social housing institution. The results of this study are presented as psychoanalytical narratives which aims to transport the reader to the experiences lived during the therapeutic sessions. Therapeutic sessions discussed the patients' conditions resulting from escaping Nigeria due to threats posed by the terrorist group Boko Haram; their previous history in their country of origin, including: language, tribal origin and familiar models; the difficulties they encountered experiencing childbirth in a new culture, when the cultural universe of the patients and the Western technological system collide; the challenges of caring for a baby in a culture different from theirs, a culture whose expectations compromise maintaining one's own maternal rituals and practices, as those practices are interpreted with discrimination and prejudice. The psychoanalytic narratives conclude with the presentation and questioning of the reception offered by the institutional shelter, as well as the clinical services offered in this context of maternity of refugee women. The question of adequate professional qualifications for the care of refugee mothers was discussed in order to assist them with establishing a sufficiently positive mother-infant bond, as well as the task of recovering the ties with the mothers' cultures of origin, which must accompany any professional work in a cross-cultural field. Despite the experience of being a refugee exacerbating maternal challenges, due to the disorganization, confusion and helplessness the situation provokes, it was also possible to observe that motherhood in and of itself can be an experience that rescues women from unthinkable agony and rescues the human character from the experiences they lived through.

Keywords: motherhood, refuge, psychoanalyses.

RESUMEN

ACHING, M. C. (2017). *La experiencia de las madres refugiadas en la clínica winnicottiana de la maternidad*. Tesis de Doctorado. Programa de Postgrado en Psicología. Pontificia Universidade Católica de Campinas. (186 páginas)

La transición a la maternidad es caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales cuya intensidad afectiva se acentúa cuando se vive en un contexto en el que múltiples vulnerabilidades se sobrepone. La experiencia de inmigración marca la transición a la maternidad con toda radicalidad, en la medida en que el embarazo vivido en otro país da lugar a innumerables rupturas, como la pérdida de soporte familiar y social, además de la imposibilidad de atribuir un sentido culturalmente aceptable para sus prácticas maternas en el país de acogida. Tomando en cuenta este escenario, la presente investigación tuvo como objetivo comprender la experiencia emocional de las mujeres refugiadas durante la transición a la maternidad, a través del atendimento psicoanalítico de dos mujeres nigerianas que acababan de llegar a nuestro país y se encontraban abrigadas en una institución de ayuda social. Los resultados de esta investigación se presentan en forma de narraciones psicoanalíticas que intentan transportar al lector a la situación vivida durante los encuentros terapéuticos. Fueron abordadas la situación de las pacientes para buscar una fuga de Nigeria frente a la amenaza del grupo terrorista Boko Haram; su vida en el país de origen, su lengua, su origen tribal y modelos familiares; las dificultades que encontraron debido a la experiencia del parto en una nueva cultura, cuando el universo cultural de las pacientes y el aparato tecnológico occidental se enfrentan; los desafíos de cuidar de un bebé en una cultura distinta a la suya, cuyas expectativas comprometen la posibilidad de mantener sus propios ritos e prácticas maternas, en la medida en que son interpretados con discriminación y prejuicio. Las narrativas psicoanalíticas terminan con la presentación y cuestionamiento sobre la recepción ofrecida por la institución de abrigo, así como también sobre el manejo clínico propuesto en el contexto de la maternidad de mujeres refugiadas. Fueron abordados temas sobre la capacitación profesional adecuada para el cuidado de la madre refugiada teniendo en cuenta el establecimiento de una relación madre-bebé suficientemente buena, además de la tarea de rescate de los lazos con la cultura de origen de la madre que debe acompañar todo trabajo profesional en campo transcultural. Aunque la experiencia de refugio acentúa el sufrimiento materno, en función de la desorganización y desamparo que provoca, también fue posible observar que la propia maternidad puede constituirse como una experiencia que rescata a la mujer de agonías impensables y recupera el carácter humano de las experiencias vividas.

Palabras clave: maternidad, refugio, psicoanálisis.

APRESENTAÇÃO

A presente proposta de estudo surge da articulação entre a minha experiência como psicóloga clínica de gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade social e como pesquisadora, quando busquei compreender a mãe suficientemente boa em situação de vulnerabilidade social (Aching & Granato, 2016) durante o meu Mestrado e, agora no Doutorado, ao me deparar com os desafios que o refúgio impõem à clínica da maternidade.

Nesse contexto de precariedade, observei que a mulher que se torna mãe lida com uma sociedade que exige, mas não oferece as condições necessárias para o desenvolvimento de uma maternagem suficientemente boa. No contexto da vulnerabilidade social, a experiência da maternidade é vivida de forma solitária e desamparada quando a mulher busca os recursos internos e externos para ser mãe. No enfrentamento das dificuldades que o contexto de precariedade apresenta, observei como as gestantes se distanciam das próprias necessidades emocionais, em prol do cuidado dos filhos. E, algumas vezes, para além da preocupação materna primária de Winnicott (1956/2000).

Considerando a importância do ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento emocional da criança na teorização psicanalítica winnicottiana (Winnicott, 1971/1975), observei que as possibilidades e os limites de ser uma mãe suficientemente boa (Winnicott, 1949/2000) independem, até certa medida, do contexto socioeconômico em que a gestação e o puerpério têm lugar. Se a maternidade é usualmente acompanhada de ansiedades (Aching, Biffi & Granato, 2017) desencadeadas pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais que a caracterizam (Marin, Gomes, Lopes & Piccinini, 2011), na situação de

vulnerabilidade social, a oferta de um cuidado satisfatório para a criança é continuamente ameaçada pelo contexto de privação.

Diante dos inúmeros riscos que podem comprometer o estabelecimento de uma relação mãe-bebê saudável, comecei a me interessar pelo processo de transição para a maternidade em situação de vulnerabilidade social. Por esse motivo, decidi investigar essa experiência de maneira mais detida a partir do estudo de casos clínicos, cujo delineamento qualitativo (Stake, 2011; Flick, 2014) acompanha o atendimento psicológico psicanaliticamente orientado oferecido a gestantes e mães abrigadas em um alojamento social na cidade de São Paulo.

A clínica sobre a qual se baseia este estudo se estruturou a partir de uma parceria firmada entre a ONG Centro Habitare e o Centro de Acolhida Amparo Maternal. O Centro de Acolhida é um alojamento para gestantes e puérperas em situação de risco social, que permanecem morando no local durante todo o período de gestação e puerpério podendo estender sua estadia até os seis meses de vida do bebê. A ONG Centro Habitare é uma instituição não governamental que oferece, enquanto clínica social, acompanhamento psicológico para mulheres gestantes e duplas mães-bebês.

Desde 2009 integro a equipe da ONG Centro Habitare como psicóloga coordenadora, oferecendo atendimentos clínicos inspirados na proposta winnicottiana de atendimento de acordo com a demanda psicológica na instituição parceira, o que significa adaptar a minha técnica às necessidades de cada paciente e seu cotidiano de vida. Quando iniciei os meus estudos de doutorado, a fim de atender aos objetivos da pesquisa; passei a oferecer quatro horários semanais para atendimentos individuais, durante o período de dois

anos, tendo acompanhado seis mulheres ao longo de sua experiência de transição para a maternidade.

Realizada esta breve contextualização, seguimos agora com o passo a passo que compõem esta tese. Na primeira etapa desta pesquisa, enquanto realizava uma revisão da literatura científica sobre o tema da transição para a maternidade em situação de vulnerabilidade social, observei que o termo 'transição' não era ainda considerado descritor, segundo a terminologia nacional para a área da Psicologia, embora diversos artigos que abordavam a maternidade e a gravidez tinham como tema o estudo da transição para a maternidade. Já na literatura internacional, embora tenha encontrado vários estudos sobre a transição para a maternidade, encontrei um único trabalho que articulasse este tema com a situação de vulnerabilidade social¹.

Sem, portanto, poder contar com o descritor 'transição' para a busca nacional, optamos pelos termos 'maternidade' e 'vulnerabilidade social', o que resultou em trabalhos que abordavam a maternidade adolescente. Embora esta experiência seja considerada, na literatura científica, como instauradora de vulnerabilidade social, a questão adolescente ultrapassa os objetivos deste estudo que não se vincula a uma determinada faixa etária e seus conflitos.

Assim, tornou-se necessária a adoção de uma nova estratégia. Como a articulação entre os temas da transição para a maternidade e da vulnerabilidade social é ainda incipiente no campo da pesquisa, optei pelo estudo inicial dos temas da transição e da vulnerabilidade separadamente, visando sua futura interlocução no capítulo de Discussão.

¹Munoz, L. A., Sanchez, X., Arcos, E. & Vollrath, A. (2013). Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. [Internet]. 21(4), 919-925.

Outra constatação a que cheguei se refere ao fato da transição para a maternidade ser uma experiência associada à primeira gravidez para a maioria dos autores, durante a revisão apenas o estudo de Simas, Souza e Scorsolini-Comin (2013) considerou o processo de transição para qualquer gravidez. Como também parto do pressuposto de que toda gravidez enseja uma nova transição, novos desafios e novos conflitos concordando com os autores acima citados, preferi não restringir o estudo para a primeira gravidez e focalizar no processo de acolher um novo membro na família.

Para Palkovitz e Pal (2009), a transição é um conceito central na literatura que acompanha o curso da vida e pode ser compreendida como resposta a circunstâncias desafiadoras, eventos ou condições, e não apenas em relação à mudança de estado, mas como algo que pode ser constante e contínuo, dentro da ideia de transitar, percorrer ou atravessar. Dessa forma, a transição abordada neste estudo, inclui a possibilidade de acompanhar a experiência de tornar-se mãe como processo. Desta forma, este primeiro capítulo apresenta uma compreensão sobre o que é a transição para a maternidade e como ela vem sendo compreendida por diferentes autores científicos.

O segundo capítulo aborda a vulnerabilidade social, reflexão necessária para a compreensão de um conceito polissêmico que se organiza a partir de diferentes áreas das ciências humanas, e tem como objetivo apresentar as múltiplas vulnerabilidades a que estão expostas as participantes deste estudo. A partir da coleta de dados, outra correção de rota foi necessária ao me deparar com uma nova modalidade de vulnerabilidade que até aquele momento não concernia as pacientes: a experiência de refúgio.

No terceiro capítulo apresento o objetivo desta pesquisa, para no quarto capítulo, explicitar a fundamentação metodológica e descrever os procedimentos investigativos adotados para a realização de uma pesquisa clínica de inspiração psicanalítica cujo delineamento acompanha o atendimento psicológico de mulheres cuja transição para a maternidade foi marcada pelo refúgio. Estruturada a partir de uma clínica para gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade social, esta pesquisa qualitativa priorizou o relato de experiências situacionais em profundidade (Stake, 2011) de mulheres que viviam a dolorosa experiência do refúgio recente, desenhando um novo campo de atuação e de investigação.

Dessa forma, no quinto capítulo, proponho uma reflexão cuidadosa sobre a experiência de transição para a maternidade no contexto de refúgio a partir do relato de duas nigerianas que buscavam asilo no Brasil depois de terem sido compelidas a abandonar o próprio país e a própria família. Espero ser capaz de comunicar em palavras a experiência que essas duas pacientes compartilharam comigo e tecer alguns sentidos sobre o tornar-se mãe em condições tão adversas.

Finalizamos a tese com a apresentação do sexto capítulo em que apresentamos algumas reflexões sobre a transição para a maternidade em situação de refúgio.

**A TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE:
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Transição² é um conceito central na literatura científica quando o estudo aborda o curso da vida, e pode ser compreendida como a mudança de um estado para outro ou como algo que ocorre em resposta a circunstâncias, eventos ou condições que constituam desafios constantes e contínuos (Palkovitz & Pal, 2009). No campo da maternidade, abordar o processo de transição nos convida a compreender as transformações deste período de modo a desconstruir concepções naturalizantes que tomam essa experiência a partir de seu substrato biológico e incluir os fatores sociais e subjetivos que a permeiam (Scavone, 2001). Nesse sentido, a maternidade como experiência pessoal e singular pode ser acompanhada de intenso sofrimento psíquico (Aguar, Silveira & Dourado, 2011).

As expectativas sociais contemporâneas sobre o papel materno são resultado de um longo processo de construção de modelos de maternidade que se sucedem, e se atualizam, de acordo com a época (Aching, 2013) e a cultura em que vivemos (Ramos, 2012). Scavone (2001) assinala que, embora nem todas as culturas compartilhem seus ideais de maternidade, observa-se, nas sociedades contemporâneas, a prevalência de um modelo que é reflexo dos padrões de comportamento e consumo vigentes.

Nunes (2015) confirma que, apesar da mulher contemporânea questionar o paradigma que postula a maternidade como experiência definidora da feminilidade, ainda vigoram expectativas tradicionais em relação ao papel materno. Barbosa e Rocha-Coutinho (2012) concordam que vivemos um período de transição em que antigos papéis relacionados à maternidade e à conjugalidade convivem com novos que começam a ser incorporados.

² Este capítulo foi submetido em formato de artigo à Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa em junho de 2017.

Dessa forma, podemos supor que a justaposição das imagens de profissional bem-sucedida e de mãe perfeita gera conflitos que se organizam a partir de uma concepção idealizada da maternidade (Travassos-Rodriguez & Ferés-Carneiro, 2013). Nessa perspectiva, Badinter (2011) reconhece que o ideal materno atual se mostra mais exigente do que nunca, pois, além de recomendar os cuidados básicos, requer da mulher uma atenção escrupulosa ao desenvolvimento psicológico, social e intelectual dos filhos.

Ainda segundo Badinter (2011), a maternidade tem desafiado as mulheres com uma tripla contradição: primeiramente, pela persistente ideia de que a maternidade deva se configurar como a experiência mais importante para a realização feminina; segundo, pela fragilização do relacionamento conjugal em face das demandas infantis e, terceiro, pelo sofrimento que emerge quando a mulher não se identifica com o papel materno. Como resultado desse processo conflituoso, a maternidade constituir-se-á para cada mulher, de modo singular, conforme esta identifique e articule os papéis sociais de mulher, esposa e mãe.

Estudos recentes realizados por nosso grupo de pesquisa reiteram tais colocações ao enfatizar que o imaginário coletivo sobre a maternidade pressupõe amor incondicional, dedicação quase exclusiva ao recém-nascido e responsabilização da mãe sobre o destino dos filhos, associando a conduta materna a um fazer onipotente e onipresente (Granato & Aiello-Vaisberg, 2013; 2016). De acordo com essa concepção, cabe à mãe não apenas o cuidado e o bem-estar de seu filho, mas também lhe proporcionar o ambiente adequado para o seu desenvolvimento físico e mental, enquanto o pai é usualmente visto como figura frágil ou ausente (Aching & Granato, 2016; Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011; Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011).

Expectativas sociais sobre a figura materna também estão na base de condutas profissionais, como observam Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) a respeito de um grupo de enfermeiras obstétricas, cuja idealização da maternidade dificultava a aproximação empática que permite o cuidado a pacientes que se mostram ambivalentes. Em uma revisão de literatura, Brunton, Wiggins e Oakley (2011) assinalam que as mulheres sabem como querem ser cuidadas e esperam do profissional uma prática singular que não as objetifique e que lhes ofereça acolhimento e informação.

Conforme a literatura consultada, a transição para a maternidade é marcada pelo descompasso entre as exigências sociais e a experiência concreta da maternidade, o que gera conflitos e, conseqüentemente, sofrimento psíquico. Tal quadro nos convoca a investigar como a temática da transição para a maternidade vem sendo abordada nas produções científicas, com o intuito de compreender essa experiência e fornecer subsídios para a elaboração de práticas preventivas e interventivas mais afinadas às necessidades materno-infantis.

MÉTODO

Para compreender o processo de transição para a maternidade, optamos pela revisão integrativa de literatura como método de pesquisa que permite a seleção e análise de artigos empíricos e teóricos buscando o “estado da arte” de um determinado assunto, do ponto de vista teórico ou contextual (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). Esta modalidade de revisão permite que os múltiplos trabalhos que compõem o seu *corpus* sejam tomados para a reflexão crítica que indaga a metodologia de cada estudo e os resultados por eles alcançados de

modo a sintetizar o conhecimento científico produzido sobre o tema focalizado, além de apontar para o rumo que futuros estudos tomarão para ampliar o conhecimento adquirido até então.

Esta revisão foi realizada levando-se em conta pesquisas científicas publicadas nos últimos 10 anos, com o objetivo de traçar um panorama recente da pesquisa contemporânea. A busca dos artigos foi realizada nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO) Brasil, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), Academic Search Premier e PsycInfo, tendo em vista a sua abrangência em termos de produções nacionais e internacionais.

Definimos como critérios de inclusão dos estudos para esta revisão, artigos indexados, publicados de 2006 a 2016, redigidos nos idiomas português, espanhol ou inglês, cujo acesso era gratuito e versavam sobre o tema da transição para a maternidade. Como critério de exclusão, foram descartados os capítulos de livros, artigos de revisão, as resenhas, as teses ou dissertações e artigos que abordassem temáticas específicas, como a maternidade na adolescência, ou em contexto de reprodução assistida. Também foram excluídos artigos que, pelo seu título ou resumo, já anunciassem temas específicos no campo da transição para a maternidade, como carreira e conjugalidade, que escapam aos objetivos desta revisão.

Na primeira busca nas bases de dados, adotamos o descritor *“transição para a maternidade”* nas bases SciELO, LILACS e PePSIC, obtendo um total de 48 artigos (apenas 6 elegíveis), enquanto nas bases Academic Search Premier e PsycInfo, utilizamos o mesmo descritor em inglês, *“transition to motherhood”*, resultando em 436 artigos. Consideramos que a discrepância de resultados pode

estar relacionada ao fato do descritor “transição” estar ausente da terminologia da produção científica brasileira, enquanto é um termo já consagrado na literatura internacional.

Diante desse cenário, optamos por ampliar a busca nas bases SciELO, PePSIC e LILACS, para além do descritor “*transição para maternidade*”, desarticulando seus dois termos – “*transição*” e “*maternidade*”. Tendo em vista o retorno de 51 artigos, sendo apenas 5 elegíveis, optamos por uma terceira busca utilizando descritores mais genéricos – “*gravidez*” e “*maternidade*” – estratégia que resultou em 825 artigos.

Como resultado geral das buscas (Figura 1), foram encontrados 1360 artigos; com a exclusão dos repetidos, chegamos a 947. Desse total, lemos os títulos de todos e excluímos 857 porque fugiam do escopo desta revisão (Tabela 1). Cabe ressaltar que artigos descartados por mais de um motivo, por exemplo, adolescência e HIV-aids, foram contabilizados em apenas uma das categorias de exclusão, considerando que o objetivo desta descrição é justificar para o leitor a expressiva redução de trabalhos. Os resumos dos 90 artigos restantes foram lidos, sendo eleitos 44 artigos para a leitura na íntegra. Após a leitura crítica de uma cada um dos trabalhos consideramos que apenas 27 seriam incluídos como escopo desta revisão.

Figura 1. Etapas da revisão integrativa



Tabela 1. Artigos excluídos do estudo

Categoria	Número (n)	Categoria	Número (n)
Aborto	24	Gestação de Substituição	1
Abuso de Substância	15	Gestação Prolongada	2
Acompanhante de parto	2	Homoparentalidade	1
Adoção	3	Imigração	8
Adolescência	127	Infertilidade	2
Adulterez	3	Intervenção	1
Amamentação	16	Licença paternidade	1
Ansiedade	1	Língua	7
Assistência	1	Maternidade (instituição)	6
Autoimagem	1	Maternidade Tardia	9
Avaliação de Perfil	18	Medicina (hormônios, fisiologia)	97
Avaliação de Serviço	39	Menopausa	2
Baixo Peso ao Nascer	2	Mortalidade	13
Efeitos do Banho	4	Método Contraceptivo	8
Bioética	1	Neonatologia	1
Carreira	9	Nutrição	9
Gênero	9	Obesidade	2
Conjugalidade	4	Óbito Fetal	1
Conferência	1	Obstetrícia	1
Consumo	4	Paternidade	5
Contextos Sociais específicos	22	Parentalidade	4
Contexto Prisional	4	Parto	60
Coparentalidade	1	Planejamento Familiar	1
Creche	1	Política Pública	1
Defeitos Congênitos	2	Prematuridade	12
Depressão	12	Procedimentos	57
Depressão Pós-Parto	15	Qualidade de Vida	6
Desenvolvimento Infantil	1	Raça	1
Doação	1	Ratos	2
Doenças (maternas e do bebê)	70	Religião	1
Doença Mental	1	Reprodução	8
Doula	2	Reprodução Assistida	5
Dupla carreira	9	Revisão	10
Economia	1	Saúde Bucal	1
Editorial	1	Saúde Mental	9
Enfermagem	2	Sem filhos	2
Estatística de Hospital	5	Sexualidade	12
Estatístico	1	Stress	8
Exame	1	Trauma	1
Família	2	UTI	3
Fonoaudiologia	2	Validação de escala	5
Gestação Ectópica	1	Violência	16
Gestação de risco	5	Maternidade Solteira	1

A fim de garantir a fidedignidade da análise, a apreciação dos trabalhos foi realizada de modo independente pelas duas primeiras autoras deste estudo que, depois de avaliarem se cada um dos artigos deveria integrar ou não esta revisão, compararam os resultados obtidos e deliberaram sobre a inclusão ou exclusão. Nos casos de discordância entre as análises individuais, reuníamos-nos com a terceira autora para discutir e definir a composição do *corpus* da revisão.

Após a leitura e análise dos 27 artigos, organizamos uma síntese das principais informações de cada estudo, abarcando objetivos, participantes, metodologia e principais resultados obtidos. Depois de sumarizar as informações, iniciamos a discussão dos principais achados, organizando os trabalhos em três categorias temáticas: Aspectos afetivo-emocionais da transição para a maternidade; A mulher ideal: profissional, casada e mãe dedicada; O papel da rede de apoio.

RESULTADOS

Estudos com Métodos Mistos

Apenas três estudos fizeram uso de metodologia mista, sendo dois internacionais (Aber, Weiss & Fawcett, 2013; Behringer, Reiner & Spangler, 2011) e um nacional (Wedel, Wall & Maftum, 2008). Aber et al. (2013) realizaram um estudo exploratório com o objetivo de descrever a adaptação física, emocional e funcional da mulher contemporânea, no período de três até seis semanas após o parto, além da relação entre aspectos demográficos e perinatais em três gerações de mulheres. Os autores utilizaram duas escalas que foram

analisadas de forma quantitativa através de uma análise estatística e qualitativamente, através de categorias extraídas de uma escala que aborda os aspectos físicos, emocionais, funcionais e sociais da maternidade.

Aber et al. (2013) destacam que os aspectos normativos que acompanham a transição para a maternidade contemporânea são semelhantes aos descritos por outras gerações, na medida em que focalizam a adaptação às mudanças físicas, as prioridades do pós-parto e as emoções. Entretanto, observam que todos esses aspectos são influenciados pela idade materna e por experiências pessoais anteriores. Os autores concluem que a mulher do século XXI apresenta respostas adaptativas à transição para a maternidade em termos das emoções vividas nesse período, mas suas respostas são ineficazes quanto ao manejo dos cuidados físicos dos bebês, fator que produz sofrimento naquelas mulheres que se percebem incapazes de identificar as necessidades físicas dos bebês logo após o parto.

Wedel, Wall e Maftum (2008) conduziram um estudo convergente assistencial³ (Trentini & Paim, 1999) em que investigaram qualitativamente através de uma entrevista semiestruturada os sentimentos de primíparas na transição gestação-puerpério e, quantitativamente, através de uma escala, os sentimentos de tristeza das puérperas no momento do pós-parto. Durante a gestação, as mulheres relataram sentimentos de ansiedade, felicidade, alegria e euforia, enquanto no pós-parto os sentimentos eram ambíguos. Neste período, foi observada uma tristeza moderada, mas considerada esperada diante das muitas mudanças físicas, hormonais e das demandas infantis.

³ Esse método de pesquisa une a coleta de dados para a investigação com a oferta de cuidado da enfermagem.

Já Behringer et al. (2011), em um dos poucos estudos desta revisão cujos participantes são casais, investigaram a experiência da transição para a maternidade e sua relação com os sentimentos de tristeza, ansiedade e raiva. Para o procedimento de coleta dos dados, os autores utilizaram três questionários, dois deles sobre a representação de apego e um que abordou a experiência emocional durante uma entrevista gravada em áudio. Os dados foram analisados quantitativamente através de análise estatística e qualitativamente por meio de uma análise descritiva que identificou os modelos de apego do casal, individual e de cada um em relação ao parceiro. Os resultados indicaram que o apego seguro (Bowlby, 1990) permite a expressão e regulação de sentimentos negativos, sinalizando que os sentimentos de tristeza e ansiedade aumentaram significativamente na segunda semana após o parto, e concluem que os sentimentos hostis são mais intensos quando o casal está junto há menos de cinco anos.

Estudos Qualitativos

A metodologia qualitativa foi utilizada em 17 artigos, cujos objetivos, participantes, procedimentos de coleta, registro e análise dos dados são apresentados na Tabela 2, logo abaixo.

Tabela 2. Categorização dos artigos qualitativos recuperados em termos de objetivos, participantes, procedimentos de coleta, registro e análise dos dados (n=17)

Artigo	Objetivo	Participantes	Procedimento de coleta	Procedimento de registro	Análise dos dados
1. Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2010)	Iluminar as percepções de novas mães sobre a liderança reflexiva na maternidade.	10 mulheres no pós-parto recente	Entrevista	Gravação em áudio e transcrição	Análise hermenêutica
2. Alves, A. M., Ferreira, C. S., Martins, M. A., Silva, S.T., Auwerter, T. C., & Zagonel, I. P. S. (2007).	Desvelar as percepções sobre a transição ao papel materno e delinear estratégias de cuidado e enfermagem.	11 mulheres primigestas no pós-parto imediato	Entrevista semiestruturada	Gravação em áudio e transcrição	Análise de conteúdo

3. Baraitser, L. (2006).	Apresentar a experiência da transição para a maternidade.	1 mulher auto relato de sua experiência	Narrativa materna	Autobiografia	Teoria feminista de Irigaray
4. Cáceres-Manrique, F.M., Molina-Marín, G., & Ruiz-Rodríguez, M. (2014).	Compreender o significado da maternidade para as gestantes para orientar a promoção da saúde materno-infantil.	18 gestantes	Entrevista em profundidade, observação participante e não participante.	Diário de campo e transcrição da entrevista	Análise da Teoria Fundamentada
5. De Felice, E. M. (2006).	Focalizar as vivências da maternidade e seus efeitos sobre a vida emocional da criança.	12 mulheres primíparas (gestação, parto e pós-parto)	Entrevistas na gestação e pós-parto e observação mãe-bebê.	Transcrição das entrevistas	Abordagem clínica psicanalítica
6. Gonçalves, K. C., Costa - Vargens, O. M., Progianti, J. M., & Spindola, T. (2010).	Encontrar quais os significados das transformações da gestante, que as influenciam em sua identificação como mãe.	11 mulheres no segundo ou terceiro trimestre de gestação	Entrevista semiestruturada	Gravação em áudio e transcrição	Interacionismo simbólico e grounded theory
7. Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009)	Investigar a hipótese de que estados psíquicos primitivos são produzidos pela maternidade.	5 gestantes	Consultas terapêuticas	Registro de casos clínicos	Interpretação psicanalítica do material
8. Leite, M., Rodrigues, D. P., Antonielly, A., Sousa, S., Melo, L. P. T., & Fialho, A. V. M. (2014).	Compreender os sentimentos revelados por um grupo de gestantes em dois momentos distintos: ao descobrir a gravidez e no momento atual do período gestacional.	Grupo de 9 gestantes	Três entrevistas em grupo	Gravação em áudio e transcrição	Análise de conteúdo
9. Martins, M. F. S. V. (2010).	Compreender a representação social da gravidez.	100 mulheres gestantes	Entrevistas semiestruturadas e observação não participante	Registro escrito	Análise de conteúdo
10. Miller, T. (2007).	Explorar diferentes modos como a mulher desenha, tece ou rejeita discursos dominantes que configuram a construção contemporânea da "boa mãe" e a maternidade.	17 mulheres primíparas (gestação, parto e pós-parto)	Entrevistas semiestruturadas	Gravação em áudio e transcrição	Análise de conteúdo
11. Moreira, R. L., Aguiar, C., & Rasesa, E. F. (2010).	Identificar os repertórios interpretativos sobre maternidade utilizados em entrevistas com mulheres que vivenciam essa experiência.	12 mães (Filhos de 4 meses à 1 ano)	Entrevistas	Gravação em áudio e transcrição	Análise de discurso
12. Neves, P. R., Salim, N. R., Soares, G. C. F., & Gualda, D. M. R. (2013).	Compreender as experiências de mulheres participantes de um grupo de gestantes e o papel do grupo na gestação, parto e pós-parto.	5 mulheres gestantes	Entrevista semiestruturada e observação	Gravação em áudio e transcrição	Análise temática
13. Nicolson, P., & Fox, R. (2010).	Compreender a transição para a maternidade em três gerações diferentes.	3 gerações de mulheres que tiveram bebês em 1970, em 1980 e 2000	Entrevista em profundidade	Gravação em áudio e transcrição	Análise crítica do discurso
14. Piccinini, C.A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008)	Investigar os sentimentos de gestantes sobre a maternidade.	39 gestantes no último trimestre	Entrevista estruturada	Não especificado	Análise de conteúdo
15. Sevón, E. (2012).	Compreender como as mulheres narram a transição para a parentalidade e qual o impacto da narrativa cultural neste processo.	7 mulheres primíparas no pós-parto	Quatro entrevistas: 1 mês antes do nascimento, 1 mês de vida do bebê, 6 meses, e completando um ano de vida	Gravação em áudio e transcrição	Análise narrativa
16. Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2013).	Compreender os significados da maternidade e das vivências da gravidez em mulheres gestantes.	6 gestantes (3 primíparas e 3 multiparas)	Entrevista semiestruturada	Gravação em áudio e diário de registro	Análise de conteúdo
17. Zanatta, E., & Pereira, C. R. R. (2015)	Compreender os sentimentos maternos acerca da gestação, do nascimento e da relação mãe-bebê.	6 mulheres primíparas no pós-parto	Entrevista sem dirigida quando o bebê tinha entre 7 e 12 meses de idade	Gravação em áudio e transcrição	Análise de conteúdo e temática

Desses 17 estudos, apenas nove explicitam a abordagem qualitativa adotada. Granato e Aiello-Vaisberg (2009) realizaram estudo de caso clínico; Gonçalves, Costa, Vargens, Progianti e Spindola (2010) conduziram um estudo descritivo; Alves, Ferreira, Martins, Silva, Auwerter e Zagonel (2007) e Zanatta e Pereira (2015) realizaram um estudo exploratório; Akerjordet e Severinsson (2010), um estudo hermenêutico; De Felice (2006) e Miller (2007) conduziram um estudo longitudinal; Sevón (2012) optou pelo estudo narrativo, enquanto Neves, Salim, Soares e Gualda (2013) propuseram um estudo descritivo

exploratório. Quanto ao método de coleta de dados, em 15 trabalhos é relatado o uso de entrevistas estruturadas, semiestruturadas ou dirigidas, em um é referido o enquadre clínico (Granato & Aiello-Vaisberg, 2009) e um utilizou uma narrativa materna (Baraister, 2006).

Dos estudos qualitativos, oito (Cáceres-Manrique, Molina-Marín & Ruiz-Rodríguez, 2014; Gonçalves, Costa-Vargens, Progianti & Spíndola, 2010; Granato & Aiello-Vaisberg, 2009; Leite, Rodrigues, Antonielly, Sousa, Melo & Fialho, 2014; Martins, 2010; Neves, Salim, Soares & Gualda, 2013; Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008; Simas, Souza & Scorsolini-Comin, 2013) tiveram participantes gestantes dando ênfase ao processo de transição da gestação até o parto. Dois estudos (De Felice, 2006; Miller, 2007) acompanharam a mulher no processo da transição, realizando entrevistas na gestação e no pós-parto. Cinco estudos (Akerjordet & Severinsson, 2010; Alves, Ferreira, Martins, Silva, Auwerter & Zagonel, 2007; Moreira, Aguiar & Rasera, 2010; Sévon, 2012; Zanatta & Pereira, 2015) tiveram como participantes mulheres no pós-parto, dando ênfase ao período de transição a partir do parto.

Artigos Quantitativos

Dentre os nove artigos quantitativos, apresentados abaixo, na Tabela 3, todos fizeram uma detalhada descrição da metodologia.

Tabela 3. Categorização dos artigos quantitativos recuperados em termos de objetivos, participantes, procedimentos de coleta, registro e análise dos dados (n=09)

Artigo	Objetivo	Participantes	Procedimento de coleta	Procedimento de registro	Análise dos dados
1. Bernstein, R. E., Laurent, H. K., Measelle, J. R., Hailey, B. C., & Ablow, J. C. (2013).	Examinar o resultado do instrumento de atribuição parental de novas mães durante a transição e determinar se há mudança ao longo do tempo.	105 gestantes	Instrumento psicométrico	Autopreenchimento	Análise estatística
2. Churchill, A. C., & Davis, C. C. (2010).	Construir uma escala de orientação para a maternidade, classificada em positiva, negativa ou realista sobre a transição. No	Dois estudos distintos: no primeiro 181 gestantes primíparas,	Questionários e escalas aplicadas via internet	E-mail com as respostas	Análise estatística

	segundo estudo, investigar como as mulheres com um sistema construído de ideias positivas, negativas ou realista, se ajustam na transição para a maternidade.	no segundo, 70 gestantes			
3. Emmanuel, E., Creedy, D. K., John, W. St., Gamble, J., & Brown, C. (2008).	Levantamento demográfico sobre o parto, e as relações sociais no desenvolvimento do papel materno em mulheres parturientes.	605 mulheres (gestação e pós-parto)	Questionário	Autopreenchimento	Análise estatística
4. Felgueiras, M. C. M. A., & Graça, L. C. C. (2013).	Avaliar a relação entre a resiliência e o ajustamento à maternidade.	106 mães de crianças de 3 meses.	Questionários e escalas	Autopreenchimento.	Análise estatística.
5. Henriques, C., Santos, M., Caceiro, E., & Ramalho, S. (2015).	Conhecer as características sociodemográficas e obstétricas de puérperas e avaliar o nível de alterações psicosemocionais percebido pelas puérperas. Verificar a relação entre as alterações emocionais e as características sociodemográficas.	194 mulheres puérperas internadas	Questionários e escalas	Entrevista dirigida	Análise estatística descritiva e inferencial
6. Mortazavi, F., Chaman, R., Mousavi, S. A., Khosravi, A., & Ajami, M. E. (2013).	Investigar as mudanças psicológicas na transição para a maternidade e pós-parto.	356 gestantes	Questionário	Autopreenchimento	Análise estatística
7. Trillingsgaard, T., Elklit, A., Shevlin, M., & Maimburg, R. D. (2011).	Como o apego ansioso e de evitação se relacionam com as preocupações ajustamentos da transição para a parentalidade.	1069 gestantes primíparas	Questionários e escalas	Autopreenchimento	Análise estatística
8. Wikund, I., Edman, G., Larsson, C., & Andolf, E. (2009).	Examinar as mudanças na personalidade ao final da gravidez e início da maternidade em mulheres primíparas que tiveram parto normal e cesárea	314 mulheres (gestação e 9 meses após o parto)	Questionários e escalas entregues por correspondência	Autopreenchimento	Análise estatística
9. Wu, W., & Hung, C. (2015).	Examinar as mudanças psiquiátricas, de suporte social, intimidade marital, stress pós-parto e vínculo materno, durante a transição para a maternidade.	217 primíparas no pós-parto	Questionários	Entrevista pessoal e ligação telefônica	Análise estatística

Wu e Hung (2015) realizaram um estudo descritivo; Felgueiras e Graça (2013), um estudo correlacional; Trillingsgaard, Elklit, Shevlin e Maimburg (2011) conduziram um trabalho empírico; Mortazavi, Chaman, Mousavi, Khosravi e Ajami (2013) elaboraram uma pesquisa epidemiológica; Churchill e Davis (2010) e Bernstein, Laurent, Measelle, Hailey e Ablow (2013) um trabalho estatístico; Emmanuel, Creedy, John, Gamble e Brown (2008) e Wikund, Edman, Larsson e Andolf (2009), um trabalho prospectivo; e, Henriques, Santos, Caceiro e Ramalho (2015) realizaram uma pesquisa exploratória, descritiva, transversal e correlacional.

Para a coleta de dados, esses pesquisadores utilizaram escalas, instrumentos psicométricos ou questionários de autopreenchimento, adotando procedimentos de análise estatística. Destacamos que em alguns estudos foram adotadas abordagens mais informais para entrar em contato com os participantes, o que permitiu que os trabalhos contassem com um número maior de participantes, como o estudo de Churchill e Davis (2010) que realizaram o contato por e-mail.

Sete artigos (Bernstein et al., 2013; Churchill & Davis, 2010; Emmanuel et al. 2008; Mortazavi et al., 2013; Trillingsgaard et al., 2011; Wikund et al., 2009; Wu & Hung, 2015) optaram por entrevistar as mulheres durante a gestação e no pós-parto, dando ênfase às mudanças que ocorreram após o parto. Felgueiras e Graça (2013) escolheram entrevistar as mulheres no terceiro mês após o parto, enquanto Henriques et al., (2015) realizaram seu estudo apenas com puérperas focalizando as transformações desse período.

DISCUSSÃO

A partir dos estudos desta revisão, observamos que 26 artigos abordam a transição para a maternidade como uma experiência que se restringe à primeira gestação, com exceção do trabalho de Simas, Souza e Scorsolini-Comin (2013) que amplia o conceito de transição para outras gestações, ao incluir múltiparas em seu estudo. Compreendemos que a abordagem majoritária de mulheres primíparas se relaciona com a justificativa de Wedel, Wall e Maftum (2008) sobre a possibilidade aumentada de captação de uma experiência quando esta é vivida pela primeira vez.

Apesar da tradicional associação entre transição para a maternidade e primeira gravidez, invocamos o argumento de que o ciclo gravídico-puerperal é acompanhado de intensa elaboração psíquica, dado o afloramento de sentimentos, conflitos e fantasias que caracteriza toda gravidez e prepara a nova relação mãe-bebê que se desenvolve em direção à sua sintonia (Aching, Biffi & Granato, 2017). Por essa razão, tomaremos o conceito de transição para a maternidade dessa forma ampliada, de modo a incluir trabalhos que consideram toda gravidez como palco para novas e profundas elaborações.

Como ilustração do primeiro tipo de abordagem da transição, temos os estudos realizados por Cáceres-Manrique et al. (2014); Gonçalves et al. (2010); Leite et al. (2014); Martins (2010); Neves et al. (2013); Piccinini et al. (2008) que parecem concordar com a posição de Palkovitz e Pal (2009) de que transitar é mudar de um estado a outro. Como exemplo da segunda perspectiva, os trabalhos de Felice (2006), Miller (2007) e Granato e Aiello-Vaisberg (2009) deram ênfase à transição para a maternidade como processo, acompanhando suas participantes durante a gestação, o parto e o pós-parto, independente do número de filhos, enquanto Henriques et al. (2015) e Felgueiras e Graça (2013) investigaram a transição para a maternidade adotando como ponto de partida a experiência do parto, quando entrevistaram mulheres no pós-parto recente.

A partir da revisão dos trabalhos selecionados, realizamos uma síntese qualitativa visando compreender aspectos relevantes do processo de transição para a maternidade, o que resultou na organização de categorias que reúnem produções conforme priorizem a dimensão afetiva da experiência, a construção social da maternidade ou o trabalho assistencial. As três categorias que resultaram da análise dos trabalhos e que agora serão discutidas são: Aspectos afetivo-emocionais da transição para a maternidade; A mulher ideal: profissional, casada e mãe dedicada; O papel da rede de apoio.

Aspectos afetivo-emocionais da transição para a maternidade

Considerando os desafios que o processo de transição para a maternidade implica em termos da demanda de transformações na vida da mulher (Aguiar, Silveira & Dourado, 2011; Badinter, 2011; Travassos-Rodriguez & Ferés-Carneiro, 2013) uma parcela dos estudos revisados focalizou os

aspectos afetivo-emocionais dessa experiência. No que concerne à gravidez, como primeira etapa desse processo, Alves et al. (2007) a definem como trajetória de aceitação e significados múltiplos que se constroem e se transformam ao longo do período gestacional.

Gonçalves et al. (2010) afirmam que, desde o momento da descoberta da gravidez, a mulher começa a reorganizar a percepção de si e do mundo, incluindo a ideia de que está grávida, cuja aceitação também depende do quanto a sua cultura valoriza a maternidade. De forma semelhante, Cáceres-Manrique et al. (2014) esclarecem que o significado da experiência da maternidade tem relação com o modo como ela se prepara para esse evento, salientando que embora esse processo de construção e desconstrução de sentido venha acompanhado de preocupação, responsabilidade e demanda de adaptação é geralmente vivido como experiência positiva.

Em estudo sobre gestação e constituição materna, Piccinini et al. (2008) descrevem como as transformações corporais podem ser experimentadas tanto como fonte de satisfação, já que a gravidez parece empoderar a mulher, como de preocupação e estranheza em relação ao corpo. Além disso, há que se considerar que o incômodo e as limitações físicas impostas pela gravidez abalam a autoestima e geram um sentimento de insegurança.

Felgueiras e Graça (2013) observaram que as mulheres veem as transformações físicas como um aspecto negativo da gravidez, já que não se sentem bem com a sua nova imagem e sofrem com a dificuldade e a demora para recuperar sua forma física. Tal questão se relaciona com a proposição de Martins (2010) sobre a vivência de descontrole, na medida em que algumas

alterações corporais, tais como a mudança da imagem corporal e o desconforto pelo crescimento da barriga, são vividas como desmedidas.

Em contrapartida, o estudo de revisão realizado por Brunton et al. (2011) assinala que pode haver um sentimento de alívio pelo fato da gravidez liberar a mulher das exigências sociais em relação à estética do corpo e à feminilidade. Nessa perspectiva, Motazavi et al. (2013) constatam que o ganho de peso durante o período de gestação e pós-parto parece não afetar a mulher emocionalmente, e ponderam sobre a expectativa cultural que considera esta mudança natural.

A ambivalência em relação ao próprio corpo pode ser compreendida a partir de uma construção cultural de valorização da imagem corporal. Martins (2010) nos ampara nesta perspectiva ao considerar que as sensações de desconforto e desagrado com corpo são experimentadas principalmente por mulheres com maior nível escolar. O autor questiona se um status social mais elevado estabeleceria expectativas de padrão de beleza mais estereotipadas, enquanto a gestação afastaria a mulher desse modelo idealizado.

Além da ambivalência em relação ao próprio corpo, Leite et al. (2014) apontam para as preocupações financeiras e as mudanças que surgem com a gravidez, destacando sentimentos peculiares que parecem se produzir para cada trimestre gestacional. No primeiro, surgem sentimentos contraditórios (Gonçalves et al., 2010), como alegria, apreensão, irrealidade e, em alguns casos, rejeição ao bebê (Leite et al., 2014). No segundo trimestre, a mulher começa a experimentar a gravidez por meio dos movimentos fetais, passando a sentir o feto como uma realidade, o que resulta em estabilidade emocional (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007). Finalmente, no terceiro trimestre, é comum

que a mulher experimente ansiedade diante da proximidade do parto e das mudanças que a chegada do bebê trará para a sua vida (Leite et al., 2014).

Ao abordar as transformações psíquicas na transição para a maternidade, Piccinini et al. (2009) assinalam a intensificação de sentimentos, tanto negativos quanto positivos, em um misto de satisfação e inadequação em relação à gravidez, o que é corroborado por Leite et al. (2014). Zanatta e Pereira (2015) ponderam que, embora os sentimentos ambivalentes e angústias surjam principalmente no primeiro trimestre gestacional, não parecem afetar a relação mãe-bebê após o nascimento.

Quando Martins (2010) investigou as imagens que as próprias mulheres constroem ao redor da gravidez, percebeu que comunicam uma situação de bem-estar e satisfação, uma experiência positiva, um sonho, um projeto de vida e um meio de fortalecer o casamento. Veja et al. (2006) já havia observado que os sentimentos relatados por mulheres que são mães em tempo integral são igualmente positivos.

Churchill e Davis (2010) afirmam que a transição para a maternidade pode ser vivida como experiência estressora, permeada por sentimentos ambivalentes. Entretanto, destacam que quando há uma “orientação realista”, ou seja, uma percepção que considera os aspectos positivos e negativos que acompanham este processo, a mulher lida com as adversidades de modo mais apropriado, facilitando o ajustamento e a resiliência. De Felice (2006) também observou que quando há maturidade emocional as angústias e frustrações deste período não interferem no desenvolvimento de uma relação mãe-bebê satisfatória.

Destacar que a transição para a maternidade pode se constituir como experiência desagregadora que pode, inclusive, comprometer a saúde da relação mãe-bebê, sinaliza a necessidade de desconstruir modelos que naturalizam a maternidade e minimizam o seu impacto na vida da mulher. Baraitser (2006) considera o ser mãe uma das posições subjetivas mais conflituosas, já que é repleta de fissuras, ilusões e expectativas e desloca a mulher de sua condição de independência para viver a dependência com seu bebê.

Em consonância com Baraitser (2006), o estudo de Granato e Aiello-Vaisberg (2009) sugere que a emergência de ansiedades primitivas, ao longo do processo de instauração da maternidade, pode contribuir para o colapso das defesas psíquicas que mantinham a estabilidade emocional anterior, chamando a nossa atenção para o sofrimento implícito ao processo de transição e para o importante papel do atendimento psicológico nesse contexto. Tal proposição reitera as considerações de Alves et al. (2007) que, ao explorar os sentimentos envolvidos neste processo, sublinham a necessidade de suporte psicológico na transição e o fato de que esta não é cronológica, mas emocional.

Moreira, Aguiar e Raserá (2010) pontuam que para algumas mulheres, a constituição da maternidade é pautada por um sentido de universalidade que sustenta a ideia de que ser mãe é uma condição natural. Quando a mulher não experimenta essa condição, recorre ao saber técnico, alegando ser alguém que não se arrisca no cuidado do filho e prefere acompanhar a evolução da ciência, já que se considera uma mulher moderna que não se prende a tradições e superstições.

Os estudos que investigaram a turbulência emocional que caracteriza o processo de tornar-se mãe nos permitiram vislumbrar a multiplicidade de vivências que a maternidade pode desencadear, além de nos levar à seguinte indagação: O discurso contemporâneo que prescreve as melhores práticas, enaltece o desempenho e substitui uma vivência por sua aparência não estaria comprometendo a capacidade da mãe desenvolver o seu próprio modo de cuidar do filho, no sentido de uma maternidade que seja apenas suficientemente boa (Winnicott, 1949/2000)?

A mulher ideal: profissional, casada e mãe dedicada

Compreendendo a transição para a maternidade como experiência que se produz de modo articulado às demandas de cada contexto social, passamos a refletir sobre o ideal de mulher que sustentaria o discurso apresentado pelas participantes dos diversos estudos abordados por esta revisão. Nesse sentido, Miller (2007) destaca o desencontro entre a concepção de boa mãe, elaborada ao longo da gestação, e o que é vivenciado no pós-parto. A experiência vivida demanda a desconstrução da ideia de maternidade natural ou instintiva, processo este que não se dá sem sofrimento, na medida em que busca integrar imagens tão opostas.

Brunton et al. (2011) observaram que a busca de informações pode ser vista como uma das formas de se alcançar o ideal materno. Os autores ponderam sobre o fato das mulheres priorizarem o saber técnico, enquanto se preparam para a maternidade, ter o sentido de controlar o desconhecido que a maternidade inaugura. Os resultados de Nicolson e Fox (2010) parecem confirmar essa tendência, já que ao investigar três gerações de mulheres que

viveram a transição para a maternidade, os autores demonstraram que este processo tem sido marcado pela medicalização e pela supervalorização do saber técnico, o qual passa a ser concebido como o caminho para se tornar uma boa mãe.

Nos estudos dessa revisão pudemos vislumbrar uma figura materna que provê o cuidado necessário, compartilhando suas tarefas, no máximo, com o pai da criança. Não há menção em nenhum dos trabalhos consultados sobre o cuidado compartilhado com a família extensa, com a comunidade, ou com um profissional, o que parece indicar que o imaginário social continua a produzir um ideal de mãe devotada e inteiramente disponível ao seu bebê (Granato & Aiello-Vaisberg, 2016). Piccinini et al. (2008), também percebem essa sobrecarga de exigências que as mulheres enfrentam, na medida em que às cobranças relacionadas ao papel materno se somam as atribuições de ter um bom desempenho profissional e financeiro.

Desse modo, a relação das mulheres com seu trabalho é outro aspecto do processo de transição para a maternidade abordado pelos estudos selecionados. No estudo de Vejar et al. (2006), as participantes trabalhavam em tempo integral, tendo a possibilidade de reduzir a carga horária quando retornavam ao trabalho. Algumas abriram mão da carreira, ainda que temporariamente, enquanto outras continuaram a trabalhar, seja por necessidade financeira ou por realização pessoal. Esse estudo põe em relevo o sofrimento materno que, ao longo da conflituosa tarefa de conciliar funções, acaba comprometendo tanto a maternidade quanto a carreira profissional.

Outro aspecto a ressaltar é que a maioria das participantes dos estudos analisados é casada ou vive em união estável, está inserida no mercado de

trabalho e tem acesso a um serviço de pré-natal, o que nos permite supor certa homogeneidade em relação ao perfil sociodemográfico das participantes. Estas pertencem à classe média (Moreira, Aguiar & Rasera, 2010; Nicolson & Fox, 2010; Sévon, 2012), o que é compreensível, tendo em vista que essa classe social equivale a grande parte da população, embora cada país defina o grau de abrangência e as peculiaridades dessa condição socioeconômica à sua própria maneira.

Assim constatamos que mesmo em um contexto favorável, como o da maioria das participantes dos estudos desta revisão, a idealização do papel materno pode dificultar a entrada no estado de preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000). Segundo Winnicott, a mulher deve ser capaz de se afastar, ainda que temporariamente, de suas preocupações e atividades anteriores para que se coloque nesse estado psicológico de sensibilidade às necessidades de seu bebê. Se as demandas externas são muitas, se o ideal materno é inatingível, se o bebê tem necessidades especiais, se a mãe carece de apoio, ela terá mais dificuldade para se adaptar à tarefa materna.

O papel da rede de apoio

Diante da necessidade de cuidar do bebê recém-nascido, transformações e rearranjos têm lugar nas várias esferas da vida da mulher, como a pessoal, a conjugal, a social e a profissional a fim de atender as novas demandas que marcam a transição para a maternidade. Acrescentando a esse quadro a intensidade emocional da experiência e a vigência de um discurso idealizado sobre a maternidade, a rede de apoio parece desempenhar papel fundamental na oferta de alívio e solução para os problemas que a nova família enfrenta.

Reconhecendo a mulher como a primeira cuidadora do bebê, bem como a complexidade da transição para esse papel, Leite et al. (2014) afirmaram que o apoio social recebido, desde a gestação, impacta diretamente sobre a experiência materna e o desenvolvimento da criança. Nessa perspectiva, Emmanuel et al. (2008) afirmam que o suporte social é o fator que mais influencia o desenvolvimento do papel materno durante a transição para a maternidade.

Behringer et al. (2011) sustentam que ter uma rede de apoio permite à mulher a expressão e regulação de sentimentos dolorosos que costumam acompanhar o processo de transição, como tristeza e ansiedade, intensificando-se significativamente no pós-parto. O mesmo observou Zanatta e Pereira (2015), quando identificam a irritabilidade materna, usualmente dirigida ao companheiro, como a maneira pela qual a mulher externaliza as dificuldades desse processo. Como salienta De Felice (2006), a elaboração desses sentimentos indica a predominância de aspectos saudáveis do psiquismo materno atuando sobre a experiência de maternidade, o que permite que a relação mãe-bebê não se desenvolva com características patológicas.

Alves et al. (2007) apontam a mãe como a principal fonte de apoio para a mulher nesse período, seja para auxiliar no cuidado com a casa, seja com o bebê. Segundo Wu e Hung (2015), quando a mulher tem suporte social e médico, é menor a incidência de comorbidade psiquiátrica durante a transição para a maternidade. Gonçalves et al. (2010) também observaram que a gravidez se desenvolve melhor quando a mulher recebe apoio e atenção.

Piccinini et al. (2008) identificaram satisfação da mulher com o parceiro, quando este se mostrava prestativo nas tarefas domésticas. Para as mulheres entrevistadas, a satisfação conjugal também se apoiava na compreensão de que

a gravidez vem atestar a solidez do relacionamento conjugal. Desse modo, a chegada do bebê está atrelada a ideia de maior união e cumplicidade entre os parceiros, o que significou a completude na vida conjugal. Quanto à participação paterna, Sevón (2012) assinala que as expectativas da mulher em relação ao seu companheiro, e o auxílio por ele prestado durante o processo de transição, têm papel central na adaptação às novas demandas da parentalidade. Nesse caso, conforme se dê a articulação desses fatores a experiência parental será tranquila ou conturbada. Dados semelhantes são obtidos por Brunton et al. (2011), quando suas participantes afirmaram ser possível solicitar ajuda para os cuidados, além de reconhecerem que as demandas infantis interferiram mais do que imaginavam. Já Wedel, Wall e Maftum (2008) chamam a atenção para uma transição no relacionamento conjugal, que leva o homem a buscar novas formas de oferecer apoio.

Algumas participantes do estudo de Simas et al. (2013) relataram que os homens vivenciam uma intensa e brusca mudança que, aliada ao fato de não sentirem a presença física do bebê durante a gestação, faz com que busquem comprovações alternativas de sua produtividade e criatividade, aumentando, por exemplo, sua carga de trabalho com a justificativa de prover a segurança financeira da família. Além disso, os autores sublinharam que a formação do vínculo entre pai e filho costuma ser mais lenta, consolidando-se somente após o nascimento, no decorrer do desenvolvimento da criança.

Quando Brunton et al. (2011) investigaram a rede de apoio, perceberam que a mulher se sente tratada de modo especial quando está grávida, e associa tal mudança à posição social a que são alçadas pela maternidade. Em contrapartida, o estudo ressalta que quando se tornam mães, muitas mulheres

perdem a amizade de mulheres que não têm filhos, já que deixam de compartilhar experiências. Isto de certa forma difere do que afirmam Wedel, Wall e Maftum (2008) quanto a relacionamentos saudáveis favorecerem a transição para a maternidade, em virtude do apoio e do acolhimento que representam.

Para além da rede familiar, a gestante pode obter apoio em grupos preparatórios para a maternidade. Cáceres-Marinque et al. (2014) salientaram a importância de um trabalho de aconselhamento pré-natal, reconhecendo que a enfermagem pode ter uma função facilitadora da relação mãe-bebê, não restringindo seu trabalho ao aspecto pedagógico. Para Cáceres-Marinque et al. (2014), a educação e a promoção da saúde materno-infantil são a chave para uma maternidade mais integrada. Esses autores criticam o uso exclusivo do modelo médico, focalizado na cura e não na prevenção, e sugerem que a atenção às gestantes ofereça o cuidado proposto pela enfermagem, incluindo as questões emocionais para ser um modelo de cuidado integral e ampliado.

Em um estudo de revisão sobre a transição para a maternidade, Silva, Christoffel, Fernandez e Santos (2006) questionam a adequação do cuidado pré-natal. A assistência obstétrica costuma ser mecânica e impessoal e o profissional está sempre atarefado, cujo resultado imediato é a negligência das demandas emocionais. Os autores acreditam que o atual discurso de humanização do parto demonstra a urgência de se pensar de maneira menos intervencionista e mais libertária, o que vai ao encontro do empoderamento da mulher, outra bandeira desse movimento social.

Silva, Christoffel, Fernandez e Santos (2006) também reconhecem que os profissionais de enfermagem demonstram falta de preparo para atuar no âmbito da relação mãe-bebê, especialmente no contexto hospitalar, onde o foco da

atuação profissional costuma recair sobre os cuidados físicos, desconsiderando-se as questões emocionais. Os autores assinalam que há consenso entre os pesquisadores sobre a presença de sentimentos ambivalentes ao longo da gravidez e do puerpério, e a necessidade de um cuidado especial e afinado às necessidades de cada mulher.

Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) apontam que no cuidado à gestante e à mãe, o imaginário da própria equipe de saúde sobre a maternidade pode interferir na oferta de um cuidado empático às pacientes ambivalentes, na medida em que a equipe se identifica com o bebê recém-nascido e espera da mulher uma aceitação incondicional da maternidade. O estudo de Henriques et al. (2015) elenca os aspectos mais significativos do cuidado oferecido por enfermeiros, durante o trabalho de parto e o pós-parto, como sendo o profissionalismo, o desempenho técnico na realização do parto, o apoio à primeira mamada, a simpatia, o carinho e a prontidão nos cuidados.

Diante da complexa demanda que se inaugura na transição para a maternidade, tanto a rede de apoio familiar quanto a profissional, podem ou não reforçar estereótipos e idealizações sobre o papel materno. Observamos que no âmbito da rede de apoio familiar, os cuidados ainda se estruturam pautados no gênero, embora comece a se desenhar um novo discurso em que o pai deve ser mais participativo e afetivamente envolvido. Destacamos que a rede de apoio profissional, especialmente a enfermagem e a psicologia, tem valorizado uma atenção profissional que facilite a vivência da maternidade de forma pessoal e integrada, indo além da prescrição que reforça os estereótipos e idealizações e promovendo um legítimo espaço de acolhimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora cada um dos trabalhos que compõem esta revisão apresente objetivos, análises e conclusões próprias sobre a temática da transição para a maternidade, observamos uma tendência dos artigos empíricos a comparar as expectativas da mulher sobre as transformações da maternidade com a experiência concretamente vivida. Podemos supor que subjacente a tal comparação esteja o desejo de desconstruir o modelo vigente que naturaliza a maternidade e pressupõe o amor incondicional, não permitindo que sentimentos ambivalentes surjam ao longo do processo de transição. Perspectiva esta que se torna legítima se tomarmos como ponto de partida dos estudos selecionados o sofrimento materno que deriva da assunção de um ideal que perdeu qualquer vinculação com a realidade social contemporânea.

Outra constatação a que chegamos com a análise dos estudos foi que a transição para a maternidade é estudada de duas perspectivas diferentes, como uma mudança de estado, em que a mulher que ainda não é mãe passa a sê-lo, ou como um processo que se desenvolve ao longo do tempo. Não vemos contradição nessas abordagens, uma vez que nos parecem complementares ao demonstrar a singularidade da experiência vivida pela primeira vez e os desafios que marcam as várias etapas da transição para a maternidade com suas demandas de ajustes, elaborações e ressignificações desta experiência.

Além destas duas concepções sobre a transição para a maternidade, os estudos revisados parecem se organizar em torno de determinados aspectos desse processo, conforme priorizam a dimensão afetiva da experiência, a construção social da maternidade ou o trabalho assistencial nesse período. A

observação desta tendência subsidiou a identificação dos três eixos temáticos que orientaram a discussão desses trabalhos.

Os estudos em que a transição é investigada pela perspectiva de mulheres casadas ou em união estável, com acesso ao pré-natal, e inseridas no mercado de trabalho, nos conduzem à conclusão de que a maternidade tem grande impacto na vida das mulheres. Este recorte que desconsidera outros atravessamentos, como dificuldades econômicas, problemas político-sociais, intercorrências na gestação, ou até mesmo a gestação de outros filhos que não o primeiro, focaliza o sofrimento materno de camadas mais favorecidas da população.

Vale ressaltar que esta revisão integrativa de literatura poderá subsidiar práticas de cuidado profissional mais afinado às necessidades da mulher, flexibilizando protocolos e favorecendo o estabelecimento de uma relação mãe-bebê saudável. Contudo, a partir dos resultados dos estudos que compuseram esta revisão é possível supor a sutileza de um cuidado que leva em conta a singularidade de cada mulher, o contexto sociocultural em que ela vive a maternidade e, ao mesmo tempo, evitar sua sujeição a um modelo idealizado cujo custo é o sofrimento.

Antes de encerrar, destacamos como limitação desta revisão, o fato das buscas terem sido realizadas por meio de descritores distintos para a literatura nacional e para a internacional, em virtude da falta de correspondência entre eles. Apesar de estratégico, tal procedimento pode dificultar a replicabilidade do estudo ao não permitir o levantamento que se baseia na correspondência dos termos nos diferentes idiomas. Para finalizar, pontuamos que embora a inclusão de diferentes metodologias, estudos empíricos e teóricos, dificulte a análise,

essa variedade pode aprofundar a discussão do tema e facilitar a divulgação do conhecimento.

**AS MÚLTIPLAS FACES DA
VULNERABILIDADE SOCIAL**

Como o objetivo desta pesquisa é compreender o processo de transição para a maternidade em situação de vulnerabilidade social, deter-nos-emos para fazer uma breve reflexão sobre os sentidos que o conceito de vulnerabilidade adquire, dado o seu caráter polissêmico. Em trabalho anterior (Aching, 2013), apresentamos uma determinada perspectiva de compreensão sobre a vulnerabilidade social, porém a prática clínica e as reflexões que têm acompanhado esta nova pesquisa nos levaram à constatação de um quadro de múltiplas vulnerabilidades, cuja apreensão transita entre as diversas áreas do conhecimento em ciências humanas. Embora intencionemos nos manter dentro dos limites da Psicologia, não podemos ignorar os enraizamentos desta problemática em outras áreas, razão pela qual fazemos este assinalamento.

Observamos que, dentre os diferentes estudos que abordam a vulnerabilidade social, há consenso de que o termo vulnerabilidade é compartilhado por diferentes áreas de estudo, tais como a Geografia, a Demografia, a Economia, a Saúde e também a Psicologia, embora com distintas compreensões (Janczura, 2012; Marandola Jr. & Hogan, 2009; Gomes & Pereira, 2005). Isto proporciona uma ampla utilização do conceito, ao mesmo tempo que requer delimitações segundo a área em que é empregado.

Segundo Marandola Jr. e Hogan (2009), a vulnerabilidade é investigada em estudos populacionais e de grupos que estão sujeitos a determinados riscos, os quais podem estar associados a características demográficas, à situação econômica, ao ciclo vital, à experiência familiar ou a características migratórias. Essas diferentes abordagens da questão da vulnerabilidade podem se distanciar ou se aproximar umas das outras, conforme o ângulo que priorizam.

A vulnerabilidade é, portanto, um qualitativo, ou seja, envolve as qualidades intrínsecas (do lugar, das pessoas, da comunidade, dos grupos demográficos) e os recursos disponíveis (na forma de ativos) que podem ser acionados nas situações de necessidade ou emergência. (Marandola Jr. & Hogan, 2009, p. 166)

Para Janczura (2012), a vulnerabilidade opera quando o risco está presente e ambos, vulnerabilidade e risco, devem ser considerados sempre em relação ao contexto sócio histórico e às diferentes áreas do conhecimento científico. A necessidade desse esclarecimento justifica-se pelo próprio fato da Política Nacional de Assistência (Brasil, 2005) não fazer uma distinção clara entre vulnerabilidade social e risco social. Para Janczura (2012), risco relaciona-se a grupos enquanto vulnerabilidade aponta para indivíduos expostos a situações de sofrimento.

Já o Centro de Estudos da Metrópole⁴ realiza pesquisas sobre a população da cidade de São Paulo e como esta se distribui e se expõe a situações e áreas de vulnerabilidade. Esse Centro realizou em 2004 um levantamento detalhado de situações de vulnerabilidade no município de São Paulo e destacou as “múltiplas dimensões da pobreza”, identificando a privação econômica como fator estruturante da vulnerabilidade social, além do baixo nível de escolaridade, o acesso a serviços públicos e determinados perfis familiares, como a presença de crianças menores de 4 anos e idosos na residência.

Como resultado mais recente deste levantamento, foi elaborado o Mapa da Vulnerabilidade Social da cidade de São Paulo (Centro de Estudos da Metrópole, 2004) o qual foi apresentado como uma cartilha. O levantamento de dados foi realizado em São Paulo, a partir dos dados censitários, sendo

⁴<http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/>, acessado em 18 de agosto de 2015.

realizadas análises para caracterizar as diversas situações de vulnerabilidade social e para qualificar as condições de acesso da população às diferentes políticas públicas. Assim, “foi possível compor um cenário urbano diversificado, em que regiões têm acúmulo substancial de problemas sociais e falta de acesso à rede” (Centro de Estudos da Metrópole, 2004, p.11), estabelecendo-se grupos e níveis de vulnerabilidade. Tais análises, se aproximam do que apresentam Marandola Jr. e Hogan (2009) em termos da associação entre vulnerabilidade e características demográficas, econômicas, ciclo vital, experiência familiar e migração dos grupos. Desse modo, neste trabalho, tomaremos como referência esses cinco elementos, apontados pela literatura científica e adotados pelo levantamento acima referido.

Como elemento central temos a vulnerabilidade associada aos ciclos de vida, a qual é circunscrita neste estudo ao período de transição para a maternidade, em função dos objetivos desta pesquisa. O ciclo que abrange a gestação, o parto e o puerpério é, por sua vez, afetado pelas outras vulnerabilidades, de modo que uma situação de risco se sobreponha à outra, produzindo sofrimentos que podem se aproximar da situação radical vivida por mães migrantes e refugiadas, um fenômeno que volta a assombrar a contemporaneidade.

A fim de caracterizar e ilustrar a condição de vulnerabilidade social de das pacientes que chegam a instituição, apresentamos os cinco eixos de modo a articular a sua definição com exemplos clínicos, para que o leitor conheça o contexto a partir do qual se configura esta pesquisa.

2.1. Vulnerabilidade sociodemográfica

Dentro da perspectiva da vulnerabilidade sociodemográfica, Marandola Jr. e Hogan (2009) identificam fatores que colocam uma determinada população em risco, estando normalmente situados na intersecção entre localização geográfica e aspectos demográficos. Como fator de risco, segundo essa perspectiva demográfica, Marandola Jr. e Hogan (2009) referem o fato do indivíduo morar em regiões periféricas, com pouco acesso a serviços e recursos como saneamento básico ou saúde, risco potencial de desastre natural e dificuldade de mobilidade, aos quais se acrescenta a violência que é característica dos grandes centros urbanos.

Tonella (2013) considera que ter uma moradia de qualidade, que dá acesso a equipamentos urbanos, como segurança e saneamento traz a estabilidade emocional. Entretanto, Marandola Jr. e Hogan (2006) observam que, no cenário contemporâneo, a degradação ambiental coincide com a degradação social, potencializando riscos ou danos à população que vive nessas regiões.

No caso das pacientes da clínica, a vulnerabilidade demográfica está implícita na procura de uma instituição que ofereça um alojamento social para todo o período de gestação, parto e puerpério. É comum que seus relatos revelem o benefício secundário de um atendimento pré-natal de qualidade, na medida em que este acompanha a condição de abrigamento enquanto não é oferecido na região em que moram. Além disso, a institucionalização durante a gravidez, acaba garantindo a proteção dessas mulheres contra as situações de risco que costumam marcar o seu cotidiano, tais como o fácil acesso a drogas, a prostituição, ou situações de violência familiar e conjugal.

Quanto ao convívio familiar, observa-se que a própria proposta institucional de reinserção familiar das mulheres abrigadas não leva em conta a distância geográfica que separa a moradia da família da instituição de acolhimento, já que são provenientes de regiões periféricas da cidade de São Paulo ou mesmo de outras regiões do Brasil. Pelos relatos destas mulheres abrigadas, observamos a dificuldade para realizar uma simples visita à família seja pelo custo que isso implica, seja pelo percurso de longas distâncias fazendo uso do transporte público, ou pelo fato de terem permissão para ausentar-se da instituição por curtos períodos de tempo.

Entretanto, no caso de usuárias de drogas, a possibilidade da mulher permanecer afastada de sua região pode ser uma oportunidade para dar início a um tratamento ou mesmo interromper o uso de droga, tendo em vista o risco que a própria região representa como ambiente que estimula o tráfico e a violência.

2.2. Vulnerabilidade econômica

Segundo Gomes e Pereira (2005), a vulnerabilidade econômica no Brasil se acentua com o processo de globalização da economia capitalista, produzindo altos índices de desigualdade social. Como reflexo dessa estrutura de poder, uma parte significativa da população não tem acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania, pois se acentuam as diferenças de renda das famílias afetando sua condição de sobrevivência e minando expectativas de superação do estado de pobreza (Gomes & Pereira, 2005).

Para Gomes e Pereira (2005) as consequências da crise econômica tocam diretamente a família de baixa renda na medida em que a miséria a qual estão sujeitas esgarçam os vínculos, tornando-se a mola propulsora para a desestruturação familiar. Embora a privação atinja a todos os membros de uma família, uma vez que produz a banalização de sentimentos e dos vínculos afetivos, afeta de modo especial os mais vulneráveis do grupo – os filhos.

Vale destacar que atualmente 40% dos lares brasileiros, são chefiados por mulheres e, como 59,3% das mulheres têm empregos informais (IBGE, 2010), esse panorama sugere uma situação de vulnerabilidade econômica no período de transição para a maternidade. A experiência clínica corrobora essa observação, pois muitas das pacientes abrigadas perdem seus empregos no decorrer da gestação, sendo estes sua única fonte de renda. Sem trabalho, deixam de contribuir com a renda da casa, além de aumentar a despesa da família.

A institucionalização torna-se uma solução para as dificuldades econômicas, pois as gestantes encontram moradia, alimentação e a ajuda necessária para os cuidados iniciais com o bebê, como o enxoval, fraldas e artigos de higiene, deixando de onerar a família. Como desdobramento da vulnerabilidade econômica, observamos que a permanência da paciente que já é mãe, na instituição de abrigamento, implica em sua ausência para os filhos já nascidos, que seguem separados da mãe durante a sua institucionalização. Ainda que seja difícil avaliar os efeitos desta separação, os relatos de nossas pacientes informam que esta é uma situação de sofrimento para ambos – mãe e filhos.

Neste contexto de vulnerabilidade social, a chegada do bebê e sua necessidade de cuidados vem acentuar a precariedade econômica, uma vez que uma série de questões, como a distância e o tempo necessário para ir de casa ao emprego, a ausência de creche, o tempo de separação entre mãe e filho, o valor de sua remuneração *versus* o salário de uma babá para cuidar do bebê, precisam ser consideradas antes que a mãe saia em busca de trabalho. Sabemos que estes conflitos não se restringem a mães em situação de vulnerabilidade, porém este cenário aprofunda as dificuldades da própria maternidade.

2.3. Vulnerabilidade associada ao ciclo de vida

Segundo o Mapa da Vulnerabilidade Social (Centro de Estudos da Metrópole, 2004), no contexto da vulnerabilidade econômica e demográfica, a presença de pessoas de determinadas faixas etárias em uma moradia estabelece a vulnerabilidade por ciclo de vida, como é o caso de crianças de 0 a 4 anos, idosos e famílias jovens.

Estudos recentes sobre gestação e maternidade (Brunton et al., 2011; Piccinini, Carvalho, Oirique & Lopes, 2008; Aching & Granato, 2016) concluem que a própria gravidez é vivida como um período de crise, na medida em que demanda uma série de ajustes na vida da mulher, seja do ponto de vista emocional, social ou econômico. A maternidade se constitui como uma nova etapa do ciclo de vida familiar e necessita de adaptação, principalmente da mulher, nos três primeiros meses de vida do bebê (Rapaport & Piccinini, 2011).

Rapaport e Piccinini (2011) ressaltam os aspectos conflituosos da experiência materna que passa pela ambivalência de sentimentos, mudanças subjetivas que envolvem a reorganização da identidade, o modo como a mulher se relaciona com o bebê e a capacidade de mantê-lo bem. Esses autores também conduzem nosso olhar para as exigências concretas que a mulher experimenta, como a privação de sono, a adaptação ao ritmo do bebê, o cansaço e preocupações característicos desse período. Outra demanda que se apresenta concerne à saúde mental da mulher, já que a transição para a maternidade é considerada um fator de risco. Em uma revisão de literatura, Brunton et al. (2011) identificam o risco para doenças mentais como o principal tema dos primeiros estudos sobre a transição, cuja concepção subjacente é que a maternidade torna a mulher suscetível a quadros psiquiátricos. Diante dessa vulnerabilidade, o risco de adoecimento materno é amplificado na ausência de suporte social (Wu & Hung, 2015) que vem potencializar uma situação de desamparo já existente (Aching, 2013).

Em estudos anteriores (Aching, 2013; Aching & Granato, 2016) sobre a maternidade em situação de vulnerabilidade social, observamos na mulher, a busca incessante de recursos internos e externos para superar as dificuldades impostas pela maternidade. De um lado, esta se torna uma experiência solitária, marcada pelas vivências de desamparo e incerteza da mãe que é levada a desconsiderar os próprios sentimentos para atender as necessidades dos filhos. Por outro lado, uma nova gestação parece ter a função de resgatar a mulher da precariedade de seu cotidiano, ainda que temporariamente, voltando a alimentar seus sonhos e a esperança de uma nova vida. Além disso, observamos que angústias e ansiedades comumente relacionadas à maternidade só emergem

quando as inseguranças próprias da condição de precariedade, como desemprego, falta de moradia, carência de suporte familiar e social, ou uso de drogas são acolhidas no âmbito do atendimento psicológico e social (Aching, Biffi & Granato, 2017).

2.4. Vulnerabilidade associada à experiência familiar

Prati, Couto e Koller (2009), apontam que um evento cotidiano pode ser vivido como um fator de risco ao aprofundar uma condição de vulnerabilidade já existente, tais como gravidez, parto e nascimento, adoecimento de um familiar, morte, separação, perda de emprego, dentre outros. Se gestação e puerpério podem expor o indivíduo e a família a uma situação de vulnerabilidade social, o seu enfrentamento dependerá dos recursos internos e externos disponíveis.

Conforme Prati et al. (2009) e Ximenes (2010) apontam, ao quadro de privações econômica e demográfica, acrescenta-se a interferência de fatores pessoais e familiares. Assim, torna-se necessário compreender o modo como a família se estrutura e como contribui para potencializar ou amenizar uma situação de vulnerabilidade social. Ainda que não possamos generalizar, pois cada família deve ser compreendida em sua singularidade, nossas observações clínicas sugerem que a família da gestante também vive uma situação de desamparo, de modo que o único cuidado que se sente capaz de oferecer é buscar uma instituição que irá substituí-la, funcionando como extensão do lar (Aching, 2013).

Gomes e Pereira (2005) apresentam uma interessante reflexão a respeito das famílias em situação de vulnerabilidade social, concluindo sobre a

necessidade de se organizar políticas públicas mais efetivas no combate à desigualdade social. Neste contexto, a família que deveria funcionar como aporte afetivo, oferecendo os recursos necessários para o desenvolvimento e bem-estar de seus membros, assiste ao rompimento dos laços de solidariedade e cuidado, em virtude da privação à qual está sujeita (Gomes & Pereira, 2005).

Ferrari e Kaloustian (1998) observam que a família brasileira de baixa renda se organiza de modo particular em relação à estrutura de papéis familiares, aos processos de comunicação e à socialização dos filhos, a fim de garantir a própria sobrevivência. Como exemplo, os autores citam o fato dos pais se sujeitarem a subempregos por falta de estudo, precipitando a entrada dos filhos no mercado de trabalho para contribuir com a renda familiar.

Nesse panorama, é apenas uma questão de tempo para que o abandono escolar ocorra e se perpetue o ciclo de pobreza entre gerações (Gomes & Pereira, 2005), pois os pais com baixa escolaridade têm dificuldade para garantir um maior nível de educação para seus filhos. Outra característica é a aceleração do processo de formação de casais, casamento e nascimento de filhos como estratégia de superação das dificuldades, cuja consequência é a fragilização dos papéis parentais (Martin & Angelo, 1999).

Nossa experiência clínica comprova esse esgarçamento dos vínculos familiares, dada a dificuldade para estabelecermos uma comunicação contínua entre a gestante e a sua família. Foram muitos os desencontros entre as gestantes e suas famílias, como a visita da família à instituição ocorrer quando as gestantes não estavam presentes, ou a dificuldade de contato telefônico com os familiares, o que era potencializado pela proibição do uso de celulares como

política institucional, além do descompasso entre as expectativas da gestante e o cuidado efetivamente recebido da família.

A fim de ilustrar essa dificuldade de comunicação, trazemos o caso de uma puérpera que afirmava que só seria capaz de cuidar de seu bebê se fosse recebida na casa de sua mãe, embora ela nunca tenha verbalizado esse pedido para a mãe, assumindo que não haveria espaço físico para ela e seu bebê e que seu padrasto não os aceitaria. Como a mãe da paciente estava disponível para receber a filha por dois meses, período em que o padrasto estaria ausente por motivo de viagem, foi elaborada uma intervenção com mãe e filha para que expectativas e realidade fossem alinhadas, o que resultou no acolhimento da paciente pela mãe durante a ausência do padrasto. Foi acordado entre mãe e filha que enquanto estivesse abrigada na casa da mãe, a paciente buscaria um emprego para poder permanecer na casa de sua mãe, enquanto esta cuidaria do bebê em sua ausência. A situação descrita demonstra o comprometimento dos laços familiares pela condição de pobreza material, o que poderia ser equivocadamente compreendido como fragilidade do vínculo afetivo entre mãe e filha.

Também observamos que, a partir do momento em que a gestante é acolhida pela instituição, a família transfere a responsabilidade de cuidado e proteção para a instituição, sendo poucas as famílias que questionam as práticas institucionais e, desse modo, aceitam tudo o que lhes é oferecido ou imposto. As práticas institucionais raramente favorecem a integração familiar, como é o caso do horário de visitas - uma hora diária ou aos finais de semana, ou mesmo a restrição do uso do telefone ou do celular.

Outro exemplo do desamparo que testemunhamos é quando a gestante passa pela experiência do parto sozinha. Poderíamos supor que a distância entre a moradia e a instituição dificultasse a chegada da família em tempo hábil para acompanhar a parturiente, mas essa hipótese é refutada pelos casos de parto cesáreos agendados, em que nenhum familiar se disponibilizou a acompanhar a gestante, deixando-a aos cuidados da instituição. Assim, diante de uma adversidade, a família pode entender que o acionamento de uma rede de apoio responsiva e funcional para sua parente grávida é a maneira mais eficaz de garantir o seu cuidado e proteção, na medida em que compartilha das mesmas vulnerabilidades.

2.5. Vulnerabilidade migratória

A necessidade migratória é outro fator que fragiliza a família, expondo-a a inúmeras situações de vulnerabilidade. No território brasileiro observamos um movimento migratório, principalmente por parte da família popular brasileira, cuja necessidade de sobrevivência a leva a se deslocar em busca de melhores condições econômicas. No entanto, este acaba sendo um dos motivos de desestruturação do espaço doméstico, pela forma traumática, autoritária e violenta que assume (Vicente, 1998).

Em nossa experiência clínica, já havíamos acompanhado mulheres que enfrentavam os desafios impostos pela migração. Era comum atendermos mulheres que vinham das regiões Norte e Nordeste do país, deixando para trás filhos e outros familiares para se estabelecer em São Paulo, onde usualmente encontravam melhores condições de vida. Havia casos em que a família

ignorava a gestação até o momento em que a mãe retornava para a cidade natal, depois de concluir que a chegada de um bebê comprometia seu projeto de vida.

Mais recentemente nos deparamos com uma nova demanda clínica, inaugurada pelos novos movimentos migratórios sociopolíticos. Em 2013, o departamento econômico da Organização das Nações Unidas (ONU) indicou que 232 milhões de pessoas estão vivendo fora do seu país de origem (Balaam, Kingdon, Thomson, Finlayson & Downe, 2016). No Brasil, houve um aumento da imigração proveniente da África e Síria por motivos político-religiosos, e da América Latina e Haiti por razões econômicas. Segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), havia no país 286.468 imigrantes, que vivem no Brasil há pelo menos cinco anos e possuem residência fixa. Esse número foi 86,7% maior do que o encontrado pelo Censo Demográfico de 2000, embora o número de pedidos de refúgio tenha aumentado substancialmente em 2014.

Com base em dados do Comitê Nacional para Refugiados (CONARE) referentes ao período entre janeiro de 2010 e outubro de 2014, o número de pedidos de refúgio aumentou mais de 930% entre 2010 e 2013 (de 566 para 5.882 pedidos). Até outubro de 2014, já foram contabilizadas outras 8.302 solicitações, sendo que a maioria dos solicitantes de refúgio vem da África, Ásia, incluindo o Oriente Médio e América do Sul.

O modo como os países acolhedores têm administrado essas grandes massas migratórias, do ponto de vista econômico e humanitário, tem provocado controvérsia no debate social. Depois do acolhimento, novos desafios se impõem, no que diz respeito à integração dos imigrantes na cultura de acolhida, a qual tende a excluí-los de modo preconceituoso.

Quando esta nova demanda clínica surgiu na instituição, A ONG Centro Habitare passou a oferecer atendimento psicológico individual e coletivo a gestantes, realizados em inglês ou em francês, conforme a região de origem das imigrantes. Para este trabalho, inspirei-me nos trabalhos de Moro (2010; 2015), na perspectiva da etnopsicanálise, em programas franceses de atendimento a famílias imigrantes (Moro, 2010; Sturm, Baubet & Moro, 2010; Baubet & Moro, 2013, Davoudian, 2012) que visam facilitar a integração social e escolar, além da inserção de jovens no mercado de trabalho, em uma perspectiva transcultural de resgate da cultura de origem do migrante.

Alguns autores (Moro, 2010; Baubet & Moro, 2013, Davoudian, 2012, Ramos, 2012, Barclay & Kent, 1998; Ramos, 2012) defendem que migrar implica uma experiência de perda, ruptura e mudança, vivida pelo indivíduo como mais ou menos traumatizante dependendo tanto de aspectos compartilhados por todos os migrantes, por exemplo, os diferentes modos de migração, como de vivências individuais (Moro, 2015). Segundo Ramos (2012), o impacto da migração está associado ao que foi deixado para trás, à idade do migrante, ao caráter voluntário ou involuntário da migração, às características da nova cultura, à ligação que estabelece com o novo local de residência, às diferenças linguísticas, à receptividade da população autóctone e, finalmente, à capacidade de resiliência do indivíduo.

Para Barclay e Kent (1998), existe uma demanda cultural e social imposta pelas perdas enfrentadas pelos recém imigrantes, como a perda da vida pregressa, perda da identidade, do controle, da liberdade e da independência. Balaam et al. (2016) observam que refugiados recentes⁵ ou requerentes de asilo

⁵ Segundo a Organização das Nações Unidas, ser um refugiado ou requerente de asilo é todo e qualquer indivíduo que, estando fora do seu país de origem, tem “um bem fundamentado medo

apresentam altos índices de adoecimento mental e físico, tanto pela pré-existência de más condições de saúde como pela precariedade econômica e marginalização que costumam marcar a chegada a um novo país.

Conforme Barclay e Kent (1998) assinalam, o próprio processo de transição para a maternidade já implica muitas demandas emocionais para a mulher, mas quando ocorre no contexto de uma imigração recente se organiza como uma experiência solitária e pode ser extremamente dolorosa quando combinada com a transição da condição de ser “local” para a de “imigrante”.

Para Moro (2015), a gravidez e as primeiras relações com o bebê potencializam a vulnerabilidade da mulher na condição de migrante. Ramos (2012) acrescenta que a gravidez vivida no estrangeiro desencadeia numerosas rupturas, como a perda de suporte familiar, social e cultural, que vêm se somar à impossibilidade de dar um sentido culturalmente aceito para as suas práticas maternas.

Portanto, podemos concluir que se acrescentarmos à condição de ser gestante o fato da mulher ter migrado recentemente e estar requerendo asilo, teremos um fenômeno mais complexo, em virtude da superposição de vulnerabilidades que torna esse tipo de sofrimento radical, em função da desorganização e desamparo que provoca. Dada a amplitude de demandas dessa nova clínica e os desafios que apresenta para o psicólogo, o estudo da transição para a maternidade no contexto de refúgio foi se tornando objeto desta pesquisa, à medida que eu acompanhava duas refugiadas nigerianas que chegaram grávidas e sozinhas ao Brasil.

de perseguição seja por raça, religião, nacionalidade, membro de algum grupo social particular ou de opinião política e está requerendo de acordo com as convenções internacionais, refúgio em outro país”. United Nations High Commission for Refugees (UNHCR),1952. Refugee Convention. Available from:(<http://www.unhcr.org/pages/49c3646c137.html>)

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1. Fundamentação Teórica

Com o objetivo de compreender a experiência materna de mulheres em uma situação de vulnerabilidade social, como é o caso do refúgio, **optamos pela abordagem qualitativa (Stake, 2011). Nesta, o foco é a descrição e interpretação situacional, a fim de apreender e/ou modificar a percepção das pessoas sobre o fenômeno estudado.**

Stake (2011) recomenda que o pesquisador qualitativo priorize o relato de experiências situacionais em profundidade, não em grande quantidade, examinando-as no aqui e agora. O autor destaca que a pesquisa qualitativa utiliza a experiência do participante como base para compreender o modo como as pessoas experimentam algo e, por essa razão, depende basicamente da análise da experiência pessoal dos indivíduos estudados. Além disso, o autor reitera que, sempre que possível, o pesquisador deve trabalhar pessoalmente com a atividade, os problemas, as expectativas, as ambiguidades e as contradições, envolvendo-se completamente.

Tendo como objeto de estudo o indivíduo e sua experiência pessoal, salientamos que nossa compreensão se fundamenta na recomendação de Bleger (1963) sobre o ser humano ser tomado em sua vida concreta e estudado a partir de suas condutas. Bleger entende como conduta todas as manifestações do ser humano, quaisquer que sejam suas características de apresentação – física, psíquica ou social – embora seu sentido só possa ser compreendido em relação ao seu contexto dramático. Nesse sentido, a via de acesso às condutas

estrutura-se no que Politzer (1928/1975) aponta como a forma psicanalítica de fazer ciência, ou seja, focalizar o drama narrado pelo indivíduo que o viveu.

Conforme aponta Bruner (2004), a narrativa é uma construção que não é necessariamente lógica ou indutiva, mas interpretativa, quando comunica a experiência vivida pelo indivíduo e os sentidos por ele atribuídos. Bruner aponta a suscetibilidade da narrativa à cultura e à linguagem do narrador e que, ainda que não se possa contar exatamente o que aconteceu, a narrativa é um meio de convidar o outro a viver uma experiência, constituindo-se como oportunidade para que novos sentidos sejam tecidos e novas integrações tenham lugar (Benjamin, 1936/1992).

Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) lembram que psicanalista e paciente acedem à experiência vivida por meio da narrativa do paciente, sendo esta um recurso efetivo para a produção de conhecimento sobre a experiência afetivo-emocional. Aguiar, Silveira e Dourado (2011) propõem a psicanálise como abordagem adequada ao sofrimento materno, uma vez que promove a reflexão, seja na pesquisa ou na clínica, corroborando as ideias de Aiello-Vaisberg (2003) de que a psicanálise é um “método clínico que pode, com rigor e fundamentação, gerar conhecimento sobre o humano” (p. 37).

Em nosso grupo de pesquisa, temos utilizado metodologia narrativa para acessar a dramática humana, cujo enquadre pode ser individual ou coletivo, fazendo uso de Narrativas Interativas (Granato & Aiello-Vaisberg, 2013; 2016; Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011; Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011), bem como do dispositivo clínico que privilegia a escuta psicanalítica em busca dos sentidos afetivo-emocionais da conduta humana (Aching & Granato, 2016).

Apoiada na psicanálise como método fidedigno de acesso à experiência emocional, bem como no potencial heurístico do narrar enquanto produtor de sentidos, propus um estudo qualitativo de inspiração psicanalítica cujo enquadre clínico permitiu acompanhar e compreender a experiência de mulheres refugiadas durante o seu processo de transição para a maternidade. Dessa forma, este estudo gerou dois estudos de caso clínico.

Segundo Yin (2011) o estudo de caso pretende contribuir para a compreensão de fenômenos complexos como o que proponho, pois permite uma investigação que preserva as características holísticas e significativas de fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto dramático. Para Stake (2011), o estudo de caso visa analisar com maior profundidade a hipótese de pesquisa e por isso, observa poucos sujeitos, enquanto Fulgencio (2013) propõe recortes do caso clínico, para estudar um tema ou objeto específico, apresentando um problema e o modo como este pode ser enunciado, abordado e/ou resolvido. Freud (1901-1905) afirmava que um caso clínico nunca deveria iniciar-se com a finalidade de pesquisa e que somente após o seu encerramento deve-se coletar o material que contribuirá para a produção de conhecimento científico.

Foi com essa intenção que ofereci atendimento psicológico a mulheres moradoras do Centro de Acolhida durante o período de dois anos (2014 e 2015), com a ideia de acompanhar e compreender a transição para a maternidade no contexto da vulnerabilidade social. Ao final do período de coleta, eu tinha em mãos seis casos clínicos de mulheres, que atravessaram a transição para a maternidade em diferentes situações de vulnerabilidade, como abuso de

substâncias, depressão, entrega do filho para adoção, prostituição, destituição do poder familiar, doença psiquiátrica grave, imigração e refúgio.

O encontro desse quadro complexo em que diferentes vulnerabilidades incidem sobre o processo de transição para a maternidade, além da superposição de vulnerabilidades, tornou impraticável o estudo aprofundado da articulação da maternidade com cada uma dessas áreas de pesquisa. À medida que analisava o material clínico colhido, um novo quadro de vulnerabilidades se desenhava desafiando a minha compreensão, da mesma forma que a clínica das gestantes refugiadas me convocava a fazer contínuos ajustes no manejo clínico. Assim encontrei o foco para este estudo, debruçando-me sobre este novo fenômeno que se apresentava em toda a sua radicalidade: a transição para a maternidade no contexto do refúgio.

Esta pesquisa levou em consideração as diretrizes e normas regulamentadas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, no que concerne a pesquisas com seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Parecer nº 802.542, vide Anexo 1). Ao longo de todo o estudo, busquei oferecer um cuidado profissional ético fundamentado nas orientações veiculadas no Código de Ética Profissional do Psicólogo.

4.2. O campo de pesquisa

A ONG Centro Habitare, em parceria voluntária com o Centro de Acolhida do Amparo Maternal, estruturou uma clínica psicológica para gestantes e puérperas em 2009, disponibilizando profissionais para o atendimento

psicológico individual e em grupo. O Centro de Acolhida é um alojamento social que está ligado à Maternidade Amparo Maternal e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e oferece abrigo provisório para gestantes, mães e bebês em situação de vulnerabilidade e risco social.

As mulheres podem entrar na instituição a qualquer momento da gestação, podendo estender sua estadia até os seis meses de vida do bebê. Apesar dessa disponibilidade, são raros os casos em que sua permanência ultrapasse os cinco meses após o parto, porque a partir dos três meses de vida do bebê a equipe institucional entra em contato com a família a fim de planejar o seu retorno ao lar, ou busca novos abrigos para aquelas que não voltarão para a família.

O Centro de Acolhida do Amparo Maternal é o único centro de alta complexidade dirigido a mulheres em situação de vulnerabilidade, cuja assistência se dirige a gestantes, mães e bebês recém-nascidos, sob a forma de acompanhamento social individualizado que favoreça o processo de reconstrução de suas vidas e a reinserção social, familiar e comunitária. A equipe técnica do Centro de Acolhida é composta exclusivamente por mulheres, sendo uma gerente administrativa, duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma pedagoga, educadoras e duas menores aprendizes, não sendo permitida a contratação de homens. Além desta equipe, há parcerias voluntárias que oferecem cursos profissionalizantes, palestras, oficinas de costura, de música, língua portuguesa, além de atendimentos em algumas áreas da saúde, como psiquiatria, psicologia e terapia ocupacional. Como a maioria dos projetos são voluntários, nem sempre se estendem por muito tempo.

Para as mulheres que estão abrigadas na instituição há dois tipos de alojamento: quarto para gestantes e quarto para mães e bebês. A diferença entre estes é marcada pela presença de um berço junto à cama de cada mãe, além de uma bancada para apoiar a banheira do bebê e realizar as trocas de fraldas. Todos os quartos possuem cinco camas, e cada dois quartos compartilham um banheiro. Junto às camas há um armário individual para que cada mulher guarde seus pertences, sendo sua a responsabilidade de mantê-lo trancado e organizado.

É também da responsabilidade das abrigadas lavar a própria roupa e manter a organização do quarto. Em um sistema de escala, as companheiras de quarto devem realizar a faxina do local e do banheiro que compartilham. São frequentes as discussões e conflitos em torno das escalas, sendo da responsabilidade das próprias mulheres organizarem a escala e das educadoras garantir que ela seja cumprida. É terminantemente proibido comer no quarto e guardar nos armários comida, dinheiro e celular, embora os dois últimos possam ser deixados com a pedagoga que os mantém em seu escritório para quando for possível, e necessário, retirá-los.

O uso do celular é autorizado somente entre as 12 e 13 horas, devendo permanecer o restante do tempo sob a guarda da pedagoga. É permitido retirar o celular quando saem do Centro de Acolhida e permanecem algumas horas fora do local. Tal controle é justificado pela equipe como estratégia que impede que as abrigadas articulem com o ambiente externo a entrega de drogas no Centro de Acolhida. Quando é recebida uma denúncia, usualmente anônima, sobre a presença de drogas no local, todas têm seus armários e pertences revistados.

É comum que algumas mulheres mantenham o celular escondido consigo, correndo o risco de serem revistadas e advertidas. Elas também podem ser repreendidas por mau comportamento, por conflitos, atrasos, ou descumprimento de alguma regra. A cada três advertências, perdem o direito à saída pessoal, a qual é permitida uma vez por semana, das 7 às 18 horas. Para estas saídas não precisam explicar à equipe o que farão no período em que se ausentam da instituição, mas devem colher a assinatura da equipe técnica em um documento que controla o horário da saída e do retorno. Também é permitida a saída para consultas médicas ou de outra especialidade, para o agendamento de consultas, para levar o filho ao médico, para tirar documentação, entre outras, não sendo considerada como saída pessoal.

Quando as abrigadas não têm motivos para deixar o local, permanecem no Centro de Acolhida e participam da rotina. A rotina das gestantes difere da rotina das mães, tendo em comum apenas o horário de acordar e de fazer as refeições. Às seis e meia devem acordar, tomar banho e arrumar o quarto; o café da manhã é servido das sete às sete e meia, depois as gestantes devem ajudar na cozinha, organizando os talheres dentro de sacos plásticos e separando o feijão, enquanto as mães são liberadas para cuidar de seus bebês.

A rotina das gestantes divide-se entre participar das atividades oferecidas e ajudar na faxina do dormitório ou do refeitório. Depois do café da manhã, seus quartos são trancados e elas podem permanecer na biblioteca ou na sala de atividades, sendo comum recusarem-se a participar de atividades como oficina de escrita, costura ou música, o que é interpretado pela equipe como má vontade, falta de reconhecimento da oportunidade e até mesmo descaso pelo que estão recebendo da instituição.

A rotina das puérperas se organiza em torno do bebê. Elas não precisam participar de nenhuma atividade e podem permanecer no quarto, porém é proibido dormir com o bebê em sua cama, podem permanecer em poltronas de aleitamento dispostas em uma sala adaptada para receber mães e bebês e têm acesso livre ao quarto. As mães não têm permissão para delegar o cuidado do bebê a outras pessoas, nem para deixá-lo sozinho. Esta medida foi tomada em virtude de casos de agressão a bebês em decorrência de discussão entre as mulheres.

De 2009 a 2015, o Centro Habitare ofereceu atendimentos individuais e grupais, além de oficinas psicoterapêuticas por uma equipe de psicólogas voluntárias. O encaminhamento dos casos era realizado pela psicóloga da instituição, em articulação com as assistentes sociais, que realizavam triagens e assim organizavam uma lista de pacientes, sendo estas encaminhadas por demanda espontânea ou por recomendação da equipe.

Quando necessário, havia discussão de casos com a equipe, principalmente quando era necessário acionar ou construir uma rede de apoio que permitia que a mulher deixasse a instituição e seguisse amparada pela família ou por algum órgão do Estado. A perspectiva da equipe de Saúde Mental era fundamental para que a compreensão do caso não se limitasse a questões burocráticas, como quando a mulher devia deixar a instituição porque já não preenchia mais os critérios de permanência, mas não tinha condições emocionais para seguir seu caminho.

Ainda que se buscasse um trabalho mais integrado que fosse ao encontro da necessidade da mulher, nem sempre isso era possível. Este resultado era extremamente frustrante, na medida em que a equipe acabava reproduzindo,

ainda que inconscientemente, a exclusão, e o conseqüente sentimento de desamparo a que as pacientes estavam expostas antes de seu abrigo. Ao final da coleta de dados em dezembro de 2015, o Centro de Acolhida encerrou de forma abrupta a parceria com a ONG Centro Habitaré, alegando que passava por reformulações institucionais.

4.4. A Clínica Psicológica

Inicialmente, optei por utilizar um enquadre clínico de orientação psicanalítica inspirado nas Consultas Terapêuticas de Winnicott (1971/1984), na proposição de uma clínica winnicottiana da maternidade por Granato (2000, 2004) e no cuidado singular que Oliveira (2008) oferece por meio de Consultas Terapêuticas, a mulheres em situação de vulnerabilidade social.

Quando Winnicott (1971/1984) se refere ao enquadre de Consultas Terapêuticas, evita descrevê-lo como uma nova técnica preferindo-o como modo de aproximação do sofrimento humano quando a psicanálise padrão não atende as necessidades do paciente, seja por sua frequência, custo ou mesmo pela dinâmica relacional distinta daquela para a qual a psicanálise foi idealizada, isto é, a neurose. Winnicott (1971/1984) traça paralelos entre esta modalidade de atendimento e uma entrevista inicial, quando o psicoterapeuta ainda ocupa o lugar de objeto subjetivo (Winnicott, 1971/1975), referindo-se à indiferenciação inicial entre o eu e o não-eu. Este tipo de relação de objeto refere-se à capacidade do paciente criar/encontrar o cuidado que necessita à medida que o terapeuta se disponibiliza como objeto de uso para o paciente.

De acordo com Winnicott (1971/1984), o manejo das Consultas Terapêuticas deve ser pensado de forma a oferecer ao paciente a possibilidade de viver uma experiência completa (Winnicott, 1941/2000) e de integrar sentimentos ainda dissociados. Na perspectiva winnicottiana, este é o principal foco do trabalho terapêutico, que é tornado possível pelo encontro humano cuja qualidade principal é a sustentação ou *holding*.

As clínicas da maternidade desenvolvidas por Granato (2000, 2004) e Oliveira (2008) nos convidam a olhar para a maternidade como experiência emocionalmente impactante, em que as experiências da gestação, parto e pós-parto evocam um campo de ansiedades primitivas (Granato & Aiello-Vaisberg, 2009). Os Encontros Terapêuticos relatados por Granato (2000, 2004) visam cuidar do sofrimento materno ao mesmo tempo em que se fortalece o vínculo mãe-bebê, tendo como recurso primordial o *holding* para facilitar as potencialidades criativas da mulher e permitir que ela encontre seu modo pessoal de ser mãe. Oliveira (2008) subscreve às ideias de Winnicott quando assinala que nos cuidados oferecidos à mulher gestante o “*setting* reproduz técnicas da maternagem, propiciando experiências que não puderam acontecer antes, e que fundam a confiança no outro e na realidade” (p.59).

Quando a parceria entre a ONG Centro Habitare e o Centro de Acolhida Amparo Maternal foi estabelecida em 2009, os atendimentos eram configurados como Consultas Terapêuticas, inspiradas no modelo proposto por Oliveira (2008) de atendimento às demandas da maternidade em um número limitado de consultas, sem caracterizar-se como psicoterapias. Winnicott (1971/1984) admite que as Consultas Terapêuticas possam ser realizadas em uma ou duas entrevistas, mas adverte que este enquadre só é recomendável quando o

ambiente em que o paciente vive for suficientemente bom e o sofrimento considerado como episódio agudo, isto é, o psicoterapeuta conta com o cuidado familiar e social para que seus objetivos terapêuticos sejam atingidos. Embora mulheres em situação de vulnerabilidade social nem sempre contem com uma rede de apoio para enfrentar as muitas adversidades que acompanham a transição para a maternidade, notamos que o apoio institucional pode ser potencializado pela escuta psicanalítica, ampliando o suporte oferecido.

Assim, o atendimento terapêutico proposto foi organizado para que uma experiência completa tivesse lugar, levando em consideração a possibilidade da paciente deixar a instituição subitamente, antes que o vínculo estivesse estabelecido e um processo de desligamento fosse possível, mas sem um número limite de atendimentos, configurando-se como Consulta Terapêutica em termos de manejo, mas como psicoterapia em relação ao período. O manejo dos casos fundamentou-se na oferta de sustentação, adotando a recomendação winnicottiana quanto a sermos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser mais apropriada (Winnicott, 1962/1983) para a situação – no caso, a vulnerabilidade social.

Dessa forma, o enquadre clínico oferecido para o desenvolvimento desta pesquisa incluía sessões semanais, com atendimentos de duração de aproximadamente 50 minutos, ao longo da gestação, parto e puerpério, podendo a duração e a frequência ser alterada conforme constatada a necessidade. Foi disponibilizada uma sala reservada, suficientemente arejada, capaz de acomodar sentadas tanto a gestante quanto a pesquisadora, sendo combinado com a instituição que se evitasse interromper os atendimentos. Quando a gestante se tornava mãe, a sala deveria acomodar também o carrinho com o

bebê. Embora estejam abrigadas na instituição, solicitamos água potável e copos no interior da sala, a qual deveria ter acesso facilitado ao toalete. Quando as pacientes já estavam sendo acompanhadas por um período suficiente para que o vínculo estivesse bem estabelecido e a saída institucional se aproximava, foi apresentada a possibilidade de dar continuidade aos atendimentos em consultório particular.

Ao longo de dois anos de coleta na instituição, foram atendidas 15 mulheres no total, sendo oito delas acompanhadas durante o processo de transição para a maternidade. Dentre as pacientes atendidas neste período foram selecionadas duas mulheres refugiadas que concordaram em participar deste estudo e realizaram acompanhamento psicoterapêutico durante o processo de transição para a maternidade e imigração recente. Os atendimentos enquanto aconteceram na instituição de acolhimento tiveram dia e frequência definidos. Após a saída das pacientes as sessões realizadas em consultório foram agendadas conforme a demanda de cada paciente.

A paciente Yia⁶, iniciou seu acompanhamento dez dias após o parto, com duas sessões semanais nos meses de novembro e dezembro de 2014. Ao sair da instituição fizemos sessões em consultório particular, sendo sete sessões em 2015, sete sessões em 2016 e quatro sessões em janeiro de 2017. Foram realizadas também duas visitas domiciliares no ano de 2015 e três sessões via Skype em 2016.

A paciente Udo⁷ foi acompanhada da gestação até os quatro meses do bebê com sessões semanais na instituição de acolhimento e após sua saída

⁶ Os nomes de ambas as pacientes foram alterados. Yia em Yoruba, língua materna da paciente significa mãe.

⁷ Udo – é um nome feminino em Igbo ou Ebo, língua materna da paciente que significa paz.

foram realizadas duas sessões em 2015, uma sessão em 2016 e uma visita a sua Igreja em junho de 2016.

As participantes foram informadas de que sua inclusão no estudo não interferiria no atendimento psicológico, sendo permitido que se retirassem a qualquer momento da pesquisa, ainda que tivessem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo 2). A apresentação da pesquisa e posterior assinatura do TCLE ocorreu ao longo do primeiro mês de atendimento, considerando o sofrimento e o choque cultural da imigração recente. Foram necessárias algumas sessões para apresentar a pesquisa e garantir que elas compreenderam o objetivo e a metodologia da pesquisa, bem como a sua participação. O TCLE foi traduzido para o inglês, língua falada pelas pacientes, a fim de facilitar o aceite consciente. Ressalto que o compromisso ético com as participantes deste estudo prevaleceu sobre os objetivos científicos, de forma a privilegiar o atendimento às necessidades das pacientes.

4.5. Procedimento de Registro e Análise do material clínico

O registro dos encontros clínicos foi realizado após o término de cada atendimento, já que as sessões não foram gravadas, mas registradas uma a uma por escrito pela própria pesquisadora, sob a forma de narrativas transferenciais (Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron & Beaune, 2009). Tais narrativas consistem em relatos diferenciados que incluem impressões e sentimentos vividos pela psicóloga pesquisadora durante o procedimento, bem como os movimentos transferenciais e contratransferenciais, resultando em um relato associativo/interpretativo do encontro.

Segundo Stake (2006), o registro permite o retorno ao material, reduzindo o viés de interpretação do pesquisador. Além disso, a triangulação permite ampliar as possibilidades interpretativas quando outros se debruçam sobre o material colhido, seja para verificar as impressões pessoais do pesquisador, seja para oferecer nova compreensão do fenômeno.

As narrativas transferenciais produzidas a partir de cada encontro clínico foram analisadas psicanaliticamente, preservando a atenção flutuante e a associação livre de ideias. Segundo Flick (2014), a análise na pesquisa qualitativa tem como objetivo descrever um fenômeno cuja interpretação permitirá que emergam seus sentidos subjetivos e sociais.

A opção metodológica pelo estudo de caso visou propiciar o estudo aprofundado e contextualizado do sofrimento materno, examinando diferentes aspectos do processo de transição para a maternidade. Vale ressaltar que o fato de dirigir nosso foco para a singularidade da experiência poderá, como dizia Politzer (1928/1975), se estender a um coletivo, alcançando um certo grau de generalização.

Segundo Flick (2014), o modo como se realiza a análise dos dados depende também da forma como foram coletados, por exemplo, se surgem a partir de uma solicitação ou de forma natural. Nesse sentido, tanto o método de coleta quanto o de análise foram alinhados com o método psicanalítico que recomenda uma postura de abertura por parte do terapeuta que, desse modo, possibilita a associação livre do paciente e a construção conjunta dos sentidos que subjazem à experiência narrada.

Quanto à teoria psicanalítica que nos serviu de base para a compreensão do processo de transição para a maternidade, adotamos as concepções

winnicottianas sobre o cuidado que favorece o desenvolvimento emocional infantil. O material, psicanaliticamente interpretado, foi discutido em relação às produções científicas atuais que tomam como objeto de estudo a transição para a maternidade, a vulnerabilidade social e as situações específicas de imigração e refúgio.

Uma vez encerrado o processo de análise, foram articuladas as narrativas transferenciais, as contribuições winnicottianas e a produção científica contemporânea, o que resultou em uma narrativa psicanalítica (Ogden, 2005) para cada um dos casos clínicos selecionados para este estudo. Esse tipo de produção narrativa sintetiza o relato do caso clínico, sua análise e interpretação de modo a comunicar ao leitor a extensão e a profundidade da compreensão alcançada. Segundo Ogden (2005), a escrita psicanalítica visa transformar em palavras um encontro psicanalítico, com o intuito de transportar o leitor para a experiência vivida. Granato, Corbett e Aiello-Vaisberg (2011) afirmam que a escrita psicanalítica “permite o acesso do leitor à realidade do vivido pela via da ficção, porém [este procedimento] é único quando pretendemos comunicar o impacto emocional vivido no encontro analítico” (p. 159).

NARRATIVAS PSICANALÍTICAS

Ao final dos atendimentos, debruçada sobre o vasto material clínico, percebi que minha comunicação poderia ir além da apresentação da história de duas pacientes e se desenvolver no sentido de construir uma narrativa que contemplasse a experiência psicanalítica e transportasse o leitor para a transição para a maternidade em uma situação de refúgio.

Para isso, optei por uma trajetória que valorizasse o percurso das pacientes, tendo como fio condutor a transição para a maternidade na situação de refúgio, e que neste caminhar a história de ambas se entrelaçasse. Entre os diferentes elementos que compuseram esta experiência, estão a fuga das pacientes de seu país, sua chegada no Brasil, a experiência do parto, os cuidados com os bebês em terras estrangeiras, o acolhimento institucional até, finalmente, a minha relação enquanto psicóloga com elas.

Foi assim que, ao longo dessa experiência, foi sendo tecida uma compreensão sobre a transição para a maternidade em situação de refúgio.

5.1. A ameaça que as fez partir

Yia e Udo, nasceram e cresceram na Nigéria e decidiram deixar seu país pela ameaça de ataques do grupo extremista Boko Haram⁸, a elas e a suas famílias.

O Boko Haram é um grupo identificado como uma organização religiosa terrorista e apresenta características do novo estilo de terrorismo religioso (Voll, 2015). A organização surge em 2002 na Nigéria, mas ganha força e notoriedade

⁸ Para saber mais sobre o assunto Adesoji, A. (2010). The Boko Haram Uprising and Islamic Revivalism in Nigeria. *Africa Spectrum*, 45(2), 95-108 e Voll, J.O. (2015). Boko Haram: Religion and Violence in the 21st Century *Religions*. 6(s/n), 1182-1202.

ao unir-se ao Estado Islâmico⁹ em 2009. Segundo Voll (2015), o posicionamento radical do grupo contra a civilização ocidental é o substrato da origem do nome do Boko Haram. Adesoji (2010) anota que a definição surge da junção de duas palavras: *book*, que significa livro em inglês e *haram*, do árabe, que significa proibido, formando, assim, o livro proibido (Boko Haram). Essa definição remete a um significado mais profundo, o de que a educação ocidental deve ser proibida, pois é vista como pecado, sacrilégio, contrária aos preceitos divinos.

O Boko Haram surge a partir do encontro de um complexo conjunto de professores reformistas islâmicos e grupos extremistas no norte da Nigéria em 1990, mas somente em 2002, que um desses grupos, sob a liderança de um aluno e líder religioso, Muhammad Yusuf, ganha visibilidade como grupo ativista. Em 2009, com o assassinato de Yusuf pela polícia, a organização muda seu curso, e adota militância violenta para tentar ganhar controle da região. Adesoji (2010) afirma que, ainda que se fundamente religiosamente, os motins que marcaram o ano de 2009 ganharam força porque a legitimidade do Estado da Nigéria foi desafiada. Além disso, somaram-se às questões religiosas o desequilíbrio econômico, a pobreza e a insatisfação diante da corrupção da elite, levando aos ataques que instauraram a perseguição e a violência contra a população.

Para Adesoji (2010), no momento atual em que a Nigéria se estabelecia como sociedade pluralista, o Boko Haram tentou reverter tendências históricas de desenvolvimento ao fazer uma interpretação contemporânea, exclusiva e literal do Islã, fazendo uso da violência em formas variadas para aliciar a

⁹ O Estado Islâmico é um grupo terrorista extremista.

população. Isso favoreceu o movimento migratório nigeriano na tentativa de uma vida em segurança. Esse foi o caminho trilhado por ambas as pacientes.

5.1.1. De partida em um navio

Para Udo, o aumento dos ataques do Boko Haram no ano de 2014 deveu-se a uma manobra política de eleger, para presidente, um determinado político cuja promessa, ao assumir o cargo, era de “controlar” os ataques do grupo, passando a mensagem de que se ele fosse eleito as pessoas poderiam ter paz. Entretanto, antes que esse objetivo fosse alcançado, todos deveriam sofrer e temer o grupo para que ele pudesse construir seu caminho para as eleições. Udo certamente temeu e sofreu.

Quando iniciamos os atendimentos, no mesmo dia, um pouco antes de nosso primeiro encontro, fui informada que uma nova refugiada havia chegado e precisava de atendimento emergencial. Ela era nigeriana, estava na instituição há apenas alguns dias, sofrera um ataque do grupo Boko Haram e estava em estado de choque. Udo veio ao meu encontro e era notável quão abalada ela estava: parecia distante, descabelada, apenas seguindo os caminhos que os outros indicavam.

Eu a convidei para entrar na sala e me apresentei. Disse que ela havia sido encaminhada a mim por pessoas que, ao saberem de sua história, compreenderam o seu sofrimento e que a haviam trazido até mim para que nossas conversas pudessem ajudá-la naquele momento difícil. Tive a certeza de que ela não compreendeu a oferta nem qual seria o papel de uma psicóloga,

mas mesmo assim pedi que ela me contasse quem era, e como chegara até ali, na tentativa de conhecê-la e oferecer acolhimento.

Udo tem 33 anos, é negra, e me contou que ela e seu marido moravam na região de Lagos, Nigéria. Um dia seu marido entrou em casa aflito, dizendo que precisavam fugir imediatamente pois estavam sendo atacados. Ela correu e tentou encher uma mochila com pertences, mas o marido disse que deveriam deixar tudo para trás pois não havia tempo. Udo, o marido, seu filho Okpara¹⁰ de dois anos e seu pai, que estava em sua casa para passar em uma consulta médica, saíram correndo de casa e adentraram a mata.

Ela não se lembrava em que ordem as coisas aconteceram. Sua única certeza daquele dia foi a de ter olhado para trás e ter visto seu pai ser assassinado, atingido por uma bala. Ela correu desesperadamente, sem o marido e o filho, e se escondeu na mata por três dias, até que um grupo de resgate a encontrou. Ela foi colocada em um navio e lá permaneceu por alguns meses até chegar no Brasil (sic), não sabendo precisar o tempo decorrido.

Os detalhes sobre sua viagem de navio só foram compartilhados meses depois, ao longo dos atendimentos. Ela evitava falar sobre esse assunto porque lhe causava muito mal-estar. Dizia ter dores de cabeça quando lembrava de tudo. Revelou, mesmo diante dessa dificuldade, que não permanecera sozinha nos dias escondida na mata: uma mulher desconhecida foi sua companheira na viagem, mas segundo ela, após alguns meses embarcadas, acordou e viu sua companheira sem vida. Ela se questionava como era possível passar por tudo isso, sentir o cheiro da morte (sic). Enquanto lágrimas escorriam em seu rosto,

¹⁰ Nome igbo/ibo que significa primeiro filho.

senti que não era capaz de lhe oferecer algo que diminuísse sua angústia e me limitei a dizer: que não podia imaginar o que foi passar por isso, quanto medo e terror ela devia ter sentido, mas que agora estava em segurança.

O que acontecera no navio era um assunto que ela evitava e em respeito a essa reserva, poucas vezes pedi mais detalhes pois percebia sua fragilidade e o risco de desestruturá-la caso insistisse no assunto. Trabalhava com o pouco que ela me trazia, montando um quebra-cabeças na tentativa de compreender o que acontecera. Ela dizia que não era capaz de pensar em como o ser humano poderia colocar um outro ser humano naquela situação. Indignava-se com o terror que o grupo Boko Haram havia instaurado em sua cidade e com a violência que a fizera fugir do país.

Para Dantas, Ueno, Leifert e Sugiura (2010) independente da motivação, a migração pode ser geradora de uma crise de identidade. Para Udo, nesse contexto permeado por violência e rupturas, a crise surgia não apenas com relação a ela mesma, mas também com relação ao outro, a partir do questionamento do que o ser humano era capaz de fazer um ao outro. Ao se questionar sobre o que ser humano é capaz ela não o percebia diferente de si e o choque residia em não conseguir conceber como alguém seria capaz de tamanha atrocidade visto que ela era extremamente preocupada com os outros ao seu redor.

Da perspectiva winnicottiana, podemos supor que a intensidade emocional experimentada pode favorecer um processo de despersonalização/dissociação do indivíduo, que pode, dependendo das circunstâncias pelas quais esse indivíduo é acolhido, reintegrar-se ou permanecer dissociado. Segundo Winnicott (1949a/2000) o indivíduo, quando se

desenvolve de maneira saudável, do ponto de vista emocional, estabelece um estado de integração em que alcança o status de unidade a partir de um ambiente de *holding* (Winnicott, 1967/1975). Entretanto mesmo com essa conquista de integração, a desintegração é ainda uma possibilidade, uma vez que diante de grande angústia a pessoa pode defensivamente deixar de se sentir real (Winnicott, 1945/2000).

Toda esta experiência parece ter agido sobre Udo de modo que ela precisou dissociar-se temporariamente, ao evitar falar sobre o marido, o navio, suas angústias. Podemos considerar que o uso desse mecanismo de defesa protegeu-a de experimentar o colapso¹¹ (Winnicott, 1963/1994). O que também pode ter interferido na capacidade de acessar memórias que poderiam lhe trazer

conforto, como lembrar os nomes completos dos parentes, os números de telefone para entrar em contato com a família e acessar alguma rede de suporte.

Quando em alguns de nossos encontros nos aproximávamos do que teria acontecido no navio, ela dizia que preferia não lembrar de nada e não falar sobre isso. Limitava-se a descrever sensações, como o “cheiro da morte” (sic), a morte à sua espreita e daqueles que lhe acompanhavam no navio. Ao chegar na instituição, se perguntava se a morte tinha de fato chegado tão perto. Tinha dúvidas e fantasias se o bebê estava vivo, após tudo o que havia passado no navio, por ter dormido em um chão frio durante os primeiros dias no país e por já ter perdido um bebê na mesma idade gestacional. Talvez seu questionamento era se de fato havia vivido tudo aquilo e a recusa em falar sobre o assunto, sem

¹¹ Segundo o autor, o colapso é uma expressão que significa o fracasso de uma organização de defesa quando se vive o impensável, e o estabelecimento do self unitário se desfaz diante de agonias primitivas. O medo é de que se viva no futuro o colapso, quando na verdade ele já aconteceu.

saber precisar por quanto tempo ficou embarcada, me levavam a crer que ela precisou se dissociar durante este período para sobreviver.

Winnicott (1960/1994) afirma que mãe alguma é capaz de fantasiar por completo uma criança viva e real, e que devemos considerar que toda gestação é acompanhada de sentimentos de apreensão e dúvidas quanto ao bem-estar do bebê. Nas condições adversas enfrentadas por Udo, os sentimentos de apreensão foram potencializados. No estudo de Ferrari, Piccinini e Lopes (2007), sobre o bebê imaginado durante a gestação, os autores afirmam que é através dos movimentos fetais que a mãe sana as dúvidas quanto à vida de seu bebê e encontra estabilidade emocional. Por essa perspectiva, é importante mencionar que foi a partir do questionamento sobre a percepção dos movimentos de seu corpo que Udo se tranquilizou, até o momento de realizar um exame de ultrassonografia.

Ela conseguiu realizar o exame no dia seguinte, depois de uma intervenção de minha parte para que a equipe compreendesse a importância de se encontrar alternativas de cuidado urgentes, mesmo desrespeitando, em parte, algumas regras institucionais. Pelo protocolo, ela iniciaria seu pré-natal, e somente após 15 dias realizaria o exame. A partir da intervenção com a equipe, a psicóloga institucional sugeriu acompanhá-la ao Pronto Socorro, por razão de uma queixa qualquer, para que o exame fosse feito, confirmando que o bebê estava bem.

O acompanhamento psicológico de Udo almejou oferecer o *holding* (Winnicott, 1967/1975) necessário para que pudesse enfrentar as novas demandas que a situação de migração e refúgio lhe impuseram. Apesar de todo o potencial desestruturador que a migração pode ter, não podemos nos esquecer

de que a partida é também a possibilidade de um renascimento, com a esperança de um melhor começo, principalmente quando a história anterior foi traumática e se tornou impossível a sobrevivência na terra natal (Davoudian, 2012).

Udo percebia a necessidade de encontrar um modo de enfrentar essa situação sozinha, e entre lágrimas se perguntava o que seria de sua vida, se voltaria ou não a encontrar seu filho Okpara e seu marido. Ainda assim, afirmava que, pelo seu bebê, era capaz de superar tudo.

5.1.2. Retida no aeroporto

Yia é nigeriana, negra, tem 40 anos e estava grávida de oito meses quando decidiu ir embora da Nigéria para Trinidad & Tobago. Ela e o marido deixaram seus três filhos com a cunhada e compartilhavam a ideia de que após se estabelecerem no país, voltariam para pegar as crianças que agora tem 10, 8 e 5 anos de idade.

A decisão de sair do país veio após a escola dos filhos sofrer um ataque do Boko Haram. Os filhos mais velhos se esconderam no momento do ataque enquanto a filha mais nova ficou paralisada de medo, mas com a ajuda da professora conseguiu se esconder. Yia agradece a Deus por isso, pois esse ataque aconteceu na mesma época em que 200 meninas haviam sido sequestradas a caminho da escola.

Além disso, a saída de Yia do país foi impulsionada pelo fato de um grande amigo de seu marido ter se juntado ao Boko Haram e tê-lo pressionado para se juntar à causa. Conscientes do risco que a família corria se ele não

cedesse às pressões, decidiram fugir. Esse fato só foi revelado após um mês de atendimento com duas sessões semanais, quando já se estabelecera uma relação terapêutica de confiança.

Retomando a trajetória de Yia, a caminho de Trinidad & Tobago, seu voo fez uma escala no Brasil. No espaço de tempo em que permaneceu no aeroporto, ela teve sua bolsa furtada. Nela estavam seus documentos, o comprovante da reserva do hotel e os dois mil dólares que tinha. Sem conseguir embarcar, permaneceu retida pela Polícia Federal no aeroporto por uma semana, até que, em decorrência de uma gripe, foi encaminhada para o Hospital Geral de Guarulhos e em seguida para o Amparo Maternal, onde logo deu à luz ao bebê e deu entrada no país como requerente de refúgio.

Davoudian (2012) nos relata que a partida precipitada, motivada pela guerra ou violência, pode ser acompanhada da perda de documentos, e que esse fato acarreta um custo psíquico à migrante, na medida em que sua identidade e existência dependem de um outro, no caso de o Estado legitimar seu nome e seu lugar no mundo. O prolongamento de não se ter documentos legais tem um impacto na relação consigo mesmo e com os outros, ao marcar a existência pela errância. No caso de Yia, a perda de documentos e a entrada em um país o qual ela não tinha como destino trouxe a experiência de tornar-se requerente de refúgio, quando ela havia se organizado para tornar-se migrante em um país de que ela já tinha conhecimento e contava com a ajuda de uma rede de apoio.

Eu e Yia nos conhecemos alguns dias após o parto, quando fui auxiliá-la em uma tradução. Ela buscava alguém na instituição que falasse inglês e, por conta dessa ajuda, acabou perguntando quem eu era, e ao me apresentar como

psicóloga e contar a ela um pouco sobre o trabalho que eu fazia na instituição, Yia solicitou os atendimentos. Ela foi uma das primeiras refugiadas recebidas pela instituição e a primeira refugiada que atendi.

5.2. Vida pregressa

Ambas as pacientes viviam na região de Lagos na Nigéria quando decidiram fugir, mas antes de morarem em Lagos, as duas moravam em regiões tribais e rurais da cidade. Yia é descendente da tribo de Ioruba¹² e Udo é descendente da tribo Igbo¹³. Segundo a própria Yia, sua tribo é conhecida pela independência entre seus membros e por fugir de batalhas, enquanto Igbo é uma tribo conhecida por lutar.

Yia e Udo não chegaram a se conhecer, pois permaneceram institucionalizadas em épocas diferentes. No período em que Udo pensava em deixar a instituição para trabalhar e Yia procurava um emprego, cheguei a sugerir que eu as apresentasse e elas se ajudassem, pois Yia poderia cuidar do filho de Udo (Udo estava disposta a pagar para alguém cuidar de seu bebê) para que ela procurasse trabalho. Ao fazer essa sugestão, eu estava pensando também na possibilidade de construção de uma rede de apoio. Entretanto, Yia, ao saber que

¹² Ioruba é uma população nigeriana e seus costumes religiosos ficaram conhecidos popularmente no Brasil como Candomblé. Na Nigéria, eles representam cerca de 21% da população, sendo uma maioria linguística.

¹³ A população igbo sofreu o maior genocídio do século XX, desde a Alemanha nazista, por isso são conhecidos como os judeus negros. 3,1 milhões de pessoas da etnia igbo, um quarto da população nigeriana, foi assassinada entre 1966 e 1970. O genocídio foi planejado por oficiais militares, a polícia, os emires hausa-fulani (maior grupo étnico nigeriano com aproximadamente 32% da população), os clérigos e intelectuais muçulmanos, servidores civis, jornalistas, políticos e outras figuras públicas que planejaram e executaram o genocídio fundador da África pós-colonização europeia. A maior parte da África e do mundo apenas assistiu, sem criticar ou condenar esta destruição gratuita de vidas humanas. (Ekwe-Ekwe, H. (2011). O Estado Nigeriano, o genocídio Igbo e o Africom. *Tensões Mundiais*. 137-154)

Udo era da tribo Igbo, declinou a minha sugestão, deixando claro que, ainda assim, poderia conhecê-la apenas em consideração ao meu pedido e nossa relação. Diante deste posicionamento, considerei que não era adequado insistir sobre o assunto.

5.2.1. Correr para viver

Udo correu sem olhar para trás no dia em que sofreu o ataque que culminou com a sua partida, e era assim que descrevia este acontecimento. Não por acaso, correr faz parte de sua história. Quando ainda era criança, morava na região rural com seus pais e alguns de seus irmãos. Eram oito no total, mas ela não teve um convívio íntimo com todos eles, os quais, na medida em que iam crescendo, partiam para morar na cidade para estudar.

Sua mãe cuidava de cabras e de plantações, motivo pelo qual nunca quis sair da região onde vivia. Seu pai alternava períodos entre a cidade grande, permanecendo na casa da filha, e sua casa na região tribal. Na ocasião em que estava na casa de Udo e faleceu, ele fazia exames de acompanhamento de um câncer. Udo não soube precisar a distância entre a Vila e a cidade, mas, pela sua descrição, era consideravelmente longe, pois só conseguia visitar os pais poucas vezes ao ano, em datas comemorativas.

Ainda na infância, por gostar de correr, ela começou a ganhar destaque no esporte e foi-lhe oferecida uma bolsa de estudos. Por esse motivo, deixou a casa de seus pais, aos seis anos de idade, para ir morar com um irmão. Aos oito anos de idade, o pai percebeu que ela estava esquecendo sua língua materna e, em consequência disso, trouxe-a de volta da cidade para que ela pudesse

ficar com os pais. Passados dois anos, ela pediu ao pai para regressar à cidade para retomar os estudos, indo, desta vez, morar com um tio. A necessidade de estudos e a promessa de uma vida melhor permitiram a Udo se afastar e ainda assim permanecer vinculada à sua família, o que me fez pensar que ela poderia se adaptar a morar no Brasil. Davoudian (2012) afirma que só é capaz de se deslocar aquele que, já em sua terra natal, tenha um histórico de exclusão ou de afastamento dos familiares anterior à migração. No contexto brasileiro, Gomes e Pereira (2005) afirmam que situações de vulnerabilidade econômica e a esperança de uma vida melhor favorecem os deslocamentos e por consequência a separação familiar.

O fato de ter se afastado da família ainda na infância, aliado ao modo como ela descrevia suas relações familiares chamaram a minha atenção. Seus modelos familiares eram muito diferentes do modelo nuclear, mas próximos do antigo modelo tradicional, em que os cuidados eram compartilhados com a família extensa. Quando ela relatou que tinha uma irmã que era casada com um Rei, imediatamente pensei o quanto isso poderia lhe ajudar neste momento de necessidade, porém, desde a infância, ela tinha mágoa dessa irmã, o que a fez preferir não pedir ajuda a ela naquele momento e contatá-la somente quando tivesse superado as dificuldades impostas pela migração.

Explicito a razão pela qual Udo estava magoada com sua irmã neste relato: ao retornar para a cidade para morar com o tio, Udo voltou a praticar corrida, participando de provas e competições, sendo vencedora em algumas delas. Ganhou uma medalha, porém não pode ir à premiação, e esperava que sua irmã, que é casada com o Rei, pudesse lhe ajudar a pegar esta medalha,

pois foi ele quem entregou os prêmios, mas a irmã não interveio a seu favor e ela ficou sem sua medalha.

Intrigada e curiosa em descobrir qual seria o significado de alguém ser Rei naquela região, pedi que ela me descrevesse o assunto para que eu encontrasse um referencial semelhante em nosso contexto cultural. Em sua descrição, o papel do Rei é semelhante ao de um prefeito, porém ela não tinha detalhes de como alguém alcançaria esse status, dizendo apenas que era diferente do Reino Unido.

Voltando à cronologia de Udo, quando já adulta ela chegou a frequentar a faculdade de engenharia elétrica, mas abandonou o curso por causa de um namorado. Ela preferia não compartilhar algumas histórias de sua vida, alegando que relembrar tais histórias lhe dava dores de cabeça. Foi assim que silenciou sobre esse período de sua vida e depois sobre o destino do marido e do filho.

Ao refletir sobre o sofrimento emocional que ela muitas vezes localizava como dor no corpo, observamos o seu amadurecimento emocional. Winnicott (1949b/2000) afirma que a integração psicossomática se inicia a partir da elaboração imaginativa das vivências corporais, em que os cuidados do corpo, “através do toque que não interrompe o ser em continuidade, traça os contornos do *self* e faz do corpo a morada do eu, propiciando assim a experiência de personalização” (Granato & Aiello-Vaisberg, 2006).

Udo, ao relatar que determinadas experiências lhe causavam dor de cabeça, apontou para uma experiência de integração psicossomática que se fragiliza em situações de sofrimento necessitando se desintegrar porque o sofrimento tornou-se insuportável para os recursos que ela tinha naquele momento. Winnicott (1954/1990) afirma que as alterações do corpo ou do

funcionamento corporal estão associadas a estados da psique e que, em situações psicossomáticas, é necessário considerar que a relação entre a psique e o soma está enfraquecida ou até mesmo rompida.

Na tentativa de lhe oferecer a experiência de continuidade favorável para integração psicossomática, como manejo clínico passei a juntar os fragmentos relatados de sua história e compartilhá-los com Udo, para que ela preenchesse as lacunas e se reintegrasse. Foi assim que consegui não apenas reconstruir a história entre Udo e sua irmã mas também entender que o abandono da faculdade se deu porque era seu namorado quem pagava o curso, e que este relacionamento lhe causara tanto sofrimento, a ponto de influenciar o relacionamento com seu futuro marido.

Nesse sentido, ela afirmava que demorou a aceitar o pedido de casamento de seu atual marido até ter certeza de que ele seria um bom marido para ela, pois desfazer um casamento não era algo aceitável em sua cultura. Se uma mulher escolher um marido ruim, diz ela, terá que lidar com ele (sic), já que a mulher é submissa ao homem dentro do casamento e há uma hierarquia a ser respeitada. Por esse motivo justificava não ter procurado a ajuda da família na situação de refúgio, e ao ter escolhido o marido, ela diz ter abdicado da própria família e que, na ausência dele, devia cuidar de si mesma sozinha. Em suma, quando Udo se casou escolheu seguir o marido por onde fosse e isso parece ter lhe causado um desentendimento com a própria família ou a fantasia de que não poderia mais contar com a família de origem. Assim, culpabilizada por ter feito essa escolha, não quis recorrer à família.

Após o casamento, o contato que mantinha com a família tornou-se esporádico. Seu pai a visitava com certa frequência, pois estava fazendo um

tratamento para câncer e ficava hospedado em sua casa. Já sua mãe, a via apenas quando retornava para a Vila em algumas épocas do ano - na festa do plantio e colheita do inhame e no Natal. Segundo ela, as primeiras eram festas que faziam parte da cultura tribal e atraíam, para a região, turistas brancos (sic) interessados em conhecer a cultura igbo. Os participantes usavam uma vestimenta especial e dançavam para a figura de um homem, para o qual as mulheres não podiam olhar diretamente, e, caso o fizessem, seriam colocadas em seu devido lugar, reafirmando a sua posição de submissão.

Além disso, Udo se reunia com a família no Natal até a chegada do Ano Novo e lembrava que nessa época sempre sacrificavam uma vaca. Para que não houvesse desperdício da carne, todos permaneciam juntos por muitos dias. Ela lembrava dessas festas com alegria e como um período em que podia estar junto tanto dos primos, com quem convivera na infância, quanto de seus irmãos, com quem não tivera tanta convivência.

O distanciamento entre os irmãos foi descrito por ela como algo natural, muito diferente do meu referencial na ocasião em que ela me relatou ter reencontrado um irmão distante em uma região da cidade de São Paulo, conhecida por reunir refugiados nigerianos. Percebi que meu entusiasmo foi maior que o dela quando soube que ela poderia ter um familiar próximo naqueles momentos de transição para a maternidade e de migração recentes. A experiência solitária de maternidade, pode representar uma fonte de sofrimento e depressão para a mãe migrante, trazendo consequências para o relacionamento mãe-bebê, devido às rupturas, ao desenraizamento cultural, ao isolamento, à solidão, e às dúvidas e ansiedade que acompanham

frequentemente os processos de maternidade em situação de migração (Ramos, 2012).

5.2.2. Será independência?

Desde o início de nossos encontros, Yia valorizava, em seu discurso, sua independência e a de seus filhos. Não obstante, eu me impressionava com o quanto ela dependia de mim, e o quanto me solicitava para ajudá-la, mesmo com os atendimentos na frequência de duas vezes por semana. A necessidade de tornar-se independente, marca da sua tribo, mostrou-se mais como resposta a uma demanda do ambiente do que de uma conquista do seu amadurecimento emocional.

Winnicott (1970/2000) afirma que um adulto ou criança amadurecidos tem um tipo de independência que se mescla com dependência, conforme as circunstâncias experimentadas. A necessidade de Yia de viver a situação de dependência se apresentava na observação de sua dificuldade em ter o bebê dependente de si, e no próprio relato de sua relação com os filhos. Eu tinha dúvidas se o incômodo com as necessidades do bebê recém-nascido, que estava internado para investigar crises convulsivas, era fruto dessa relação em particular, somada a situação do refúgio, ou algo anterior a isso.

Toda mãe deve superar ao final da gravidez angústias relacionadas à experiência de parto (Winnicott, 1970/2000), mas a estas, no caso de Yia, se sobrepuseram as agonias da própria situação de refúgio recente e a internação de seu filho, aos dez dias de vida. Gottlieb (2012) nos convida a olhar para o bebê como uma construção social que deve considerar o desenvolvimento, não

somente pela via biológica, mas pela via cultural, e com Yia frequentemente me percebia desconfortável ao observar a relação mãe-bebê a partir do meu referencial cultural, e ficava em dúvida de qual seria a intervenção a ser feita. À medida que conhecia sua história, a necessidade de tornar-se independente apontava também para suas experiências precoces quando ela ainda era uma criança. É o que relato a seguir.

Aos dois anos de idade, Yia foi entregue pelos pais para morar com um irmão, e cresceu acreditando que ele era seu verdadeiro pai. Não sabemos o que motivou essa decisão, mas sei que isso fora vivido como um segredo de família. Foi apenas na adolescência quando o irmão de Yia decidiu casar, que a revelação do segredo foi feita, pois a noiva, acreditando que Yia era a filha, temia que ele não fosse capaz de amá-la suficientemente por ter que dividir seu afeto, e assim, o que era até momento um não dito, foi revelado.

Ela não soube explicar o porquê de seus pais lhe entregarem para ser criada por um irmão, nem mesmo por que a deixaram acreditar que ele era seu pai. Yia teceu como sentido para sua história que seu irmão a amava demais e por isso a teria escolhido.

Podemos supor que entregar uma criança de dois anos a outro cuidador gera a interrupção de uma experiência inicial de cuidado, que pode estar acompanhada de angústias de separação e insegurança. Essas são sensações que ela, talvez tenha experimentado, sem poder contar com o estabelecimento da diferenciação entre o eu e o não-eu e talvez misturou o que é de responsabilidade do eu, enquanto experiência instintiva e o que é do ambiente que está fora (Winnicott, 1954/1990) e favorecendo a construção da ideia de que desde muito cedo as crianças devem ser independentes. Nesse sentido, ela

perdeu a mãe aos dois anos e pode ter registrado esta experiência como uma necessidade de se independer precocemente.

Do relato de sua infância que nos convida à interpretação de que ali poderia surgir a necessidade de independência fazemos a ponte com a relação com os próprios filhos. Nos apoiamos em Winnicott (1949a/2000) quando afirma que a mãe sabe cuidar porque tem, em si, o registro da experiência de ter sido cuidada. Dessa forma, é possível inferir que parte dos cuidados oferecidos por Yia fundamentavam-se na experiência que ela teve enquanto criança e que agora como mãe, deveria estimular a independência.

Ideia que ganha força, a medida que também é valorizada pela cultura de origem da paciente. Gottlieb (2012) nos lembra que um marco do desenvolvimento concebido como natural é na realidade construído culturalmente. Em sua observação de bebês, em uma região tribal na África, a autora aponta para uma expectativa de independência precoce de acordo com a qual bebês de dois a três anos de idade precisam estar alertas aos perigos da vida selvagem e são capazes de manusear um facão.

Apesar de Yia não viver mais em uma região tribal, os relatos da sua relação com os filhos e mesmo com o novo bebê se aproximavam do que podemos perceber em nossa cultura como independência precoce. Da perspectiva winnicottiana, essa precocidade pode interferir na confiança que se estabelece com o ambiente, ao fazer com que o bebê precise reagir às exigências que a mãe e o ambiente provocam, antes de ter o amadurecimento necessário para tais experiências (Winnicott, 1945/2000).

Foi possível detectar a precocidade dos filhos de Yia, do ponto de vista de nossa cultura a partir de algumas informações que ela forneceu, como, por

exemplo, a de que seus filhos se sentaram aos quatro meses de idade, engatinharam aos sete meses e aos dez meses já ensaiavam os primeiros passos. Analogamente, as fraldas foram retiradas aos oito meses, e os bebês permaneciam sem essa proteção durante o dia, e, à noite, dormiam deitados sobre o corpo da mãe que lhes dava tapinhas no bumbum e os colocava no penico ao perceber alguma necessidade fisiológica potencial.

Todos falaram antes de um ano e, segundo Yia, o lema da casa era “para tudo tem seu tempo”: - há o tempo de brincar e o tempo de realizar tarefas -, de modo que bastava pedir uma vez ou olhar com seriedade que eles entendiam o que era necessário ser feito. Segundo ela, cada filho tinha tarefas específicas dentro de casa, de acordo com a capacidade e idade de cada um: arrumavam suas camas e brinquedos, e lavavam suas roupas íntimas. Os maiores ajudavam nas tarefas domésticas, como varrer a casa ou ajudar no preparo das refeições. Naquele momento, os filhos que ficaram na Nigéria estavam sendo cuidados por sua cunhada, e Yia sentia-se reconfortada em saber que por poderem ajudar nas tarefas domésticas não representariam um fardo para a cunhada.

Por outro lado, contava que sua vida pregressa na Nigéria era agradável e financeiramente estável. O marido trabalhava como contador e ela possuía uma pequena loja e um salão de cabeleireiro. Tinham carro próprio, um ônibus e já haviam feito viagens internacionais. Ela havia conhecido o marido no ambiente de trabalho quando era secretária de uma escola, e ele já trabalhava como contador.

O namoro rapidamente evoluiu para um casamento. O casamento, em sua cultura, se realiza em três momentos: na família, no civil e na Igreja. Ela e o marido passaram por todas essas cerimônias e já estavam juntos há dez anos.

No ritual, para casar, o noivo devia fazer um pedido à família da noiva durante uma reunião. Nessa reunião, os membros da família podiam fazer perguntas sobre o noivo; a história de sua família; se há doenças, alcoolismo, etc., sobre o seu trabalho, ou de que modo querem construir a vida a dois.

No caso de Yia, quando houve a reunião o seu pretendente pediu autorização para casar aos seus “avós”, mas estes apenas aprovariam a união se o pai/irmão também aprovasse, o que efetivamente aconteceu. Pela tradição tribal, depois de o casamento ter sido aprovado, a família da noiva faz uma festa dentro dos rituais tradicionais para que ambas as famílias celebrem a união. Os casamentos civil e religioso só acontecem depois dessa comemoração.

Ela e o marido já estavam juntos há dez anos e Yia ressaltava o esforço de ambos para conquistar uma vida estável em Lagos. No entanto, a mudança da situação financeira, com a chegada e permanência no Brasil, havia lhe causado sofrimento e uma grande incerteza se deveria ou não permanecer no país.

5.3. (Re)nascer no Brasil

A gravidez e o afastamento da própria cultura colocam a mulher em situação de vulnerabilidade. Isso porque a gravidez inaugura o processo em que a futura mãe receberá mais apoio da família e do grupo. No contexto migratório, a família separa-se da vida comunitária e familiar em relação aos cuidados tradicionais da cultura (Ramos, 2012), e no caso de nossas pacientes, a família se reduzira à mãe e seu bebê. Segundo a autora, a perda dos laços comunitários

e familiares significaria a perda da proteção física, psicológica e da tradição da transmissão dos costumes.

Quando a cultura, o grupo, desaparece como fonte de transmissão, nomeadamente ao nível das práticas de maternagem, as competências da mãe são fortemente solicitadas, tendo esta de fazer face às exigências da sociedade em ser, não só, uma boa mãe, como ao choque cultural, à adaptação ao novo meio e ao trabalho de ruptura e luto. (Ramos, 2012, p. 90)

Para Barclay e Kent (1998), a maternidade é uma experiência social que é culturalmente definida e comunitariamente suportada em uma situação em que parto e puerpério podem ser fonte de sofrimento, principalmente em locais "onde a mãe e a criança são fonte de cuidados de toda a família e da comunidade envolvente, e de cuidados aprendidos e transmitidos na sua cultura e família, de geração em geração" (Ramos, 2012, p. 90). Para Ramos (2012), em nossa sociedade ocidental, a valorização da cultura do individualismo potencializa o isolamento e solidão das mães, fazendo do parto, em situação migratória, uma situação que favorece e acentua distúrbios culturais e psicológicos.

Behringer et al. (2011) destacam que ter uma rede de apoio permite à mulher a expressão e regulação de sentimentos negativos que costumam acompanhar o processo de transição, como tristeza e ansiedade, que se intensificam significativamente no pós-parto. Diante da proximidade do parto, a mulher experimenta grande ansiedade, principalmente porque a chegada do bebê trará muitas mudanças (Leite et al., 2014). Quando a experiência de parto e a experiência de migração se superpõem, podemos supor que a ansiedade e o sofrimento se intensifiquem, uma vez que o parto marca uma transição para

um futuro de dúvidas, insegurança e incerteza quanto às possibilidades de oferta de cuidado ao bebê recém-nascido.

Segundo Moro (2015), acontecimentos como o parto em situação migratória, contribuem para maior vulnerabilidade dos migrantes a medida em que as vivências atuais podem potencializar ou reativar experiências dolorosas do exílio. Ramos (2012) afirma que todo um conjunto de rituais desaparece à medida que a mulher enfrenta essa situação de forma isolada em um novo país.

5.3.1. A transição de Udo do parto ao puerpério

Conforme a gravidez se aproximava do fim, Udo passou a se questionar sobre o parto no Brasil. Para abordar esse assunto e também conhecer sua experiência prévia, pedi que ela me contasse sobre o parto de seu primeiro filho. Ela me disse que a gravidez de Okpara foi tranquila. Lembra que ela e o marido estavam em casa no momento do parto, quando sentiu as primeiras contrações. Disse ao marido que havia chegado o momento e ele disse que não, usando como argumento o fato de os tornozelos de Udo não estarem inchados.

Mesmo ela alegando estar com dores, ele ria, dizendo que ainda não era o momento, que o sinal de que o parto se aproxima são os tornozelos inchados. Ela precisou ligar para sua mãe contar a ele quais eram os outros sintomas de que o parto se aproximava, e assim ele realmente compreendeu que era hora de ir para a maternidade. Ela teve um parto natural. Apesar de já ter passado por um outro parto, na gravidez anterior em que perdeu seu bebê, ela se referia ao parto de Okpara como tendo sido o primeiro. Com exceção de nossa primeira sessão em que ela falou da perda do bebê, ela nunca mais mencionou nada

sobre essa experiência anterior de gravidez.

A partir de seu relato sobre o parto de Okpara, expliquei-lhe quais eram os procedimentos da instituição: quando ela sentisse as primeiras contrações deveria avisar uma educadora, que a acompanharia até a maternidade, que realizava partos normais e cesáreas e que o médico faria uma avaliação. Como ela estava fazendo exames e não havia intercorrências, havia grande chance de que o parto fosse normal. Avisei-lhe também que era seu direito ter um acompanhante.

Após a sessão, ela me contou que, por acaso, acompanhara o parto de uma colega. Ambas foram à instituição Caritas Brasileira¹⁴ e, quando retornaram, passaram no Pronto Socorro, pois a colega estava com dores. Ela já estava em trabalho de parto, e isso permitiu que Udo fosse a sua acompanhante, deixando Udo tranquila para o seu parto ao descobrir o que lhe esperava.

Apesar de realizar exames de ultrassonografia, ela não sabia qual seria o sexo do bebê. Achava que estava gestando um menino, apesar de querer uma menina. A percepção de que talvez gestasse um menino veio a partir de sinais do seu corpo e dos sentidos de sua cultura relacionados a essa experiência. Na sua cultura, dores no quadril eram sinais de que o bebê era menino. Na tentativa de fazer uma aproximação cultural e lhe apresentar outros campos de sentido, contei a ela que muitas mulheres na instituição acreditavam que o formato da barriga seria o indicador do sexo do bebê: barriga pontuda para menino e barriga

¹⁴ A instituição Cáritas Brasileira é uma entidade de promoção e atuação social que trabalha na defesa dos direitos humanos, da segurança alimentar e do desenvolvimento sustentável solidário. Uma de suas linhas de atuação envolve o Centro de Acolhida a Refugiados, que conta com inúmeros parceiros, como a Agência da ONU para Refugiados (Acnur) e o Ministério da Justiça para a realização dos programas de Acolhimento, Proteção Legal e Integração Local. Para saber mais: <http://caritas.org.br/programas-caritas/refugiados>, acesso em 01 de março de 2017.

arredondada para menina.

Ela havia completado os nove meses de gestação e seu parto se aproximava. Sabíamos que era uma questão de semanas para que eu chegasse na instituição para os atendimentos e ela já ter dado à luz ao bebê. Nosso primeiro encontro pós-parto aconteceu após cinco dias após o parto. Era um feriado quando ela começou a sentir dores e percebeu que havia perdido líquido e que tinha um pequeno sangramento.

Chegou à maternidade com três dedos de dilatação e demorou o dia todo para chegar aos sete centímetros de dilatação. Disse que a todo momento lhe faziam exame de toque, e que isso a deixara incomodada. Silva et al. (2006) observaram em um estudo que abordou a assistência obstétrica oferecida às gestantes, que muitas vezes ela pode ser descrita como mecânica e impessoal. Quando Udo ainda estava com sete dedos de dilatação, começou a sentir mais dores e avisaram que a transfeririam do quarto para o Centro Cirúrgico, pois logo chegaria aos dez centímetros de dilatação necessários. Seu médico era um moço jovem, que ela pensava ser jovem demais para ser competente, porém acabou concluindo que sua contratação pelo hospital atestaria sua competência. Antes mesmo de que pudesse ser transferida para o Centro Cirúrgico, começou o trabalho expulsivo de parto e deu à luz, ainda no quarto, a um menino.

O médico lhe disse que ela deveria ter esperado chegar ao Centro Cirúrgico, mas juntas rimos do fato de que não se podia frear o parto, e concluimos que era ele quem deveria ter se apressado. Independentemente desse fato, ela estava agradecida ao médico, pois ele falava inglês e a ajudou a comunicar-se com a equipe. Após o parto, foi levada para uma sala cirúrgica e precisou receber uma anestesia e levar alguns pontos, pois com a força e

intensidade do parto, o bebê dilacerou o seu períneo no momento da passagem. Sentiu-se estranha pela anestesia, por ter ficado sem mexer as pernas, tendo que esperar um longo período para essa sensação passar. Além desse estranhamento, ela observou que estava com fome e que a anestesia a impedira de ingerir qualquer alimento.

Wedel, Wall e Maftum (2008) afirmam que ao conhecer o bebê, e encontrar o bebê real, a mãe tem necessidade de elaboração. Udo lembrou, quando lhe trouxeram o filho, que ela queria muito uma menina, mas como os sinais haviam lhe mostrado, o bebê era um menino. A chegada da criança aflorou as dúvidas a respeito do filho e do marido, que ela evitava entrar em contato. Tinha muitas dúvidas e questionamentos e se preocupava em como responder às perguntas das pessoas no hospital. Não sabia o que iria contar para o bebê no futuro sobre o pai e o irmão; não sabia o que responder quando lhe perguntavam a todo momento no hospital sobre quem e onde estava o pai do bebê, se ele está vivo ou não; como fará para achar a família; se vai voltar algum dia para a Nigéria. Tudo isso lhe causava muito sofrimento e ela, por vezes, preferia se rodear das amigas refugiadas, pois elas riam, cantavam e distraíam-se da dor¹⁵.

Alguns dias após o nascimento do bebê, ela registrou-o no cartório, e ficou muito incomodada por não poder colocar no registro o nome do pai. Mesmo sem saber do paradeiro do marido, ela sabia de seu nome e existência, e isso a chateava. Entretanto, verificar que no Brasil o registro pode ser feito apenas com

¹⁵ Quando Udo esteve na instituição já havia um grande grupo de refugiadas, cerca de 13 mulheres. Por causa disso, o Centro Habitare passou a oferecer semanalmente um grupo de escuta para refugiadas, em francês, coordenado por duas psicólogas.

o nome da mulher fez com que ela concluísse que em nossa cultura a mulher é valorizada e tem poder. Esse foi o modo pelo qual ela significou a experiência.

Os primeiros dias após o parto foram muito estressantes (sic). Foi a primeira vez que Udo havia ficado completamente responsável pelo bebê, pois, no nascimento de Okpara a família foi para sua casa e cuidou de ambos por três meses, e tudo o que ela fez foi repousar e amamentar. Após três meses, a família se despediu e chegou o momento de os pais apresentarem o bebê à comunidade da Igreja: é somente com este marco que o bebê está pronto para o mundo (sic). Antes desse período, o bebê somente sai de casa para consultas médicas. Assim como Udo, Wedel, Wall e Maftum (2008) afirmam que durante o puerpério muitas mulheres consideram que esse período de pós-parto recente pode ser estressante.

Acolho a nova demanda trazida com a chegada da criança, dizendo que essa experiência devia ser muito diferente das que ela viveu antes, e pude perceber, transferencialmente, quão sozinha ela se sentia, principalmente porque a instituição proibia qualquer troca e ajuda entre as conviventes, pois um bebê nunca deve ser deixado sozinho ou na companhia de outra pessoa que não a mãe. Falo que pode ser diferente e até assustador ser a única responsável pelo bebê e percebemos juntas que o nascimento de Ibraim marcou a solidão que ela está vivendo naquele momento. No entanto, reafirmo que ela tem as amigas africanas e a mim.

Ela pediu que eu olhasse um livro que ela havia ganho ao sair da maternidade e me perguntou se eu podia ficar com o bebê na sala, porque sabia que isso era proibido pela instituição. Disse que não havia problema e ela foi buscar o livro, que era, na verdade, a Caderneta de Saúde do Bebê. Afirmo que

lá estavam contidas todas as informações do nascimento de Ibraim. Expliquei, ainda, que a caderneta o acompanharia durante toda a infância, e tinha a função de registrar o seu desenvolvimento, as vacinas, as recomendações médicas, e traduzi, em seguida, as recomendações e medicações que ele deveria tomar. Ela disse que precisava completar o nome da criança na caderneta, mas como não tinha caneta sugeri que ela pedisse para a psicóloga institucional ajudá-la, bem como lhe desse as orientações sobre o registro da criança.

Após olharmos a caderneta, o bebê que permanecia dormindo durante o atendimento, acordou e a solicitou para mamar. Durante a mamada permanecemos em silêncio. Enquanto eu observava a dupla, percebo que ela contemplava o bebê. Ela o colocou no carrinho, disse que tinha muito leite e que sentia algumas dores. Muito à vontade, ela me mostrou o seio e disse que está um pouco machucado. Dou algumas orientações de como cuidar do bico do seio e sobre o que ela poderia fazer para ter um pouco de alívio.

No atendimento da segunda semana de pós-parto, Udo contou que ela e Ibraim tiveram uma noite difícil, que ele queria ficar em seu colo a noite toda e que ela não dormiu muito bem, pois não pôde colocar o bebê em sua cama. Ela me perguntou como eu havia passado o final de semana e como estava a minha família. Questionamentos sobre a minha família, como por exemplo, se sou casada, se tenho filhos, irmãos, ou quem são meus pais eram frequentes em nossos atendimentos. Como percebi desde o primeiro atendimento, ser psicóloga não tinha um sentido e significado anterior construído, assim identifiquei a necessidade de me apresentar como pessoa completa para sair de um lugar abstrato e me ofereci como presença humana. Por esse motivo respondia em certa medida as suas perguntas.

Ao responder que meu fim de semana havia sido bom e indagar sobre o dela, recebi a informação de que havia sido bom, que ela havia ficado na instituição cuidando do bebê e não havia saído com ele. Contou que na Nigéria mãe e bebê permaneciam em casa até os três ou quatro meses do bebê, quando este será apresentado formalmente. Antes disso saem apenas com três ou quatro dias para ir ao médico fazer a circuncisão. Ela me perguntou sobre como a questão da circuncisão se apresentava no Brasil e eu respondi que nesses primeiros dias de vida do bebê esse procedimento só é realizado por necessidade médica ou tradição religiosa, como no caso da tradição judaica. Ela explica que lá na Nigéria a circuncisão é comum: passados os primeiros dias do nascimento do bebê, os pais vão com a criança ao hospital para fazer o procedimento e o curativo, retornando dias depois para trocá-lo. Ela completa justificando essa atitude pelo fato de serem indivíduos cristãos e de que a Bíblia pede para que isso seja feito. Essa fala me instigou a pensar que se tratava de uma interpretação da religião cristã autorizada por seu povo.

5.3.2. A transição de Yia do parto ao puerpério

Quando iniciei os atendimentos com Yia, ela já havia se tornado mãe. Havia dez dias, ela se recuperava de um parto cesáreo e enfrentava a dificuldade de ter um filho internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O motivo da internação eram crises convulsivas cuja origem estava sendo investigada. Em nossos primeiros encontros, Yia estava desorientada e seu filho estava entubado, respirando através de auxílio de aparelhos.

Durante nossos primeiros encontros, ela relatou sua história e o modo como chegou ao país. Não tinha notícias do seu marido, que havia seguido para

Trinidad & Tobago em um voo separado. Por esse motivo, auxiliei-a a entrar em contato com o marido para que pudesse comunicar seu destino, considerando que não tinham contato havia mais de um mês. Ofereci meu celular para que ela pudesse entrar em uma rede social e enviar uma mensagem dizendo que estava bem. Coincidentemente, ele estava online e ela pôde lhe contar que estava viva, que o bebê havia nascido e que estava internado na UTI. O marido pôde também avisá-la de que não conseguira entrar em Trinidad & Tobago e fora deportado para a Nigéria¹⁶.

O bebê permaneceu mais de um mês internado, inicialmente respirando por ajuda de aparelhos e se alimentando por uma sonda com leite materno. Nesses dias, auxiliei Yia em sua comunicação com a equipe médica e tentava ajudá-la a compreender o que estava acontecendo. Alguns dias após o parto, quando Yia ainda estava internada na maternidade, o bebê teve a primeira convulsão. Sua filha mais nova também tivera o mesmo problema, mas ela não sabia me explicar o porquê, lembrava apenas que rapidamente controlaram o quadro com o uso de medicação.

Ao primeiro olhar, o bebê transmitia a imagem de um ser frágil, mas a mãe percebia nele uma grande força de vida. Dizia que ele se incomodava com a sonda e com o tubo e que os puxava mostrando que lutava por sua vida, e era por esse motivo que chegaram a amarrá-lo com ataduras por um ou dois dias. O bebê havia parado de convulsionar por causa da medicação, mas o quadro ainda estava sob investigação. Logo ele não precisaria mais permanecer entubado e ela poderia amamentá-lo. Foi naquele momento que ela me

¹⁶ Na época havia um surto de Ebola na Nigéria, motivo pelo qual ele foi deportado.

confidenciou sua primeira dificuldade com o bebê: ela não sabia como manejá-lo, já que ele era mais frágil do que seus outros filhos e necessitava de cuidados diferentes dos quais ela proveu anteriormente.

Segurar o bebê era algo ao qual ela não estava acostumada. Em sua experiência, o bebê era amarrado às costas de modo a deixar a mãe com as mãos livres, e, nesse contexto, era possível observar a dificuldade que ela tinha para segurar o bebê, sem conseguir oferecer suporte à criança. Ainda que sua dificuldade em manejar o bebê pudesse ser compreendida a partir de sua tradição cultural, havia algo mais que me intrigava sobre isso.

Na teorização winnicottiana sobre os cuidados com os bebês oferecido pela mãe através do *holding* (Winnicott, 1967/1975), a mãe oferece à criança o colo físico e psicológico experimentado através da manipulação (*handling*) do corpo e dos cuidados dispensados ao bebê (Winnicott, 1949a/2000), que protege o bebê das intrusões do mundo. Podemos interpretar que Yia ao relatar sua dificuldade, me comunicava também o quão difícil era oferecer, naquele momento, a continência necessária para seu bebê diante da difícil tarefa de cuidar de si mesma. Por essa razão, nossos atendimentos aconteceram duas vezes por semana enquanto ela estava na instituição.

Ela se descrevia como confusa, não sabia os dias da semana, as horas, e tinha a sensação de que as coisas não eram reais. Dizia que a cabeça não estava bem (sic), referindo-se ao sofrimento de toda aquela experiência: a do refúgio e a de ter um bebê internado. Ramos (2012) afirma que a migração, que já é uma fonte de sofrimento, quando vivida concomitantemente à maternidade, deixa a mãe e a criança mais vulneráveis às rupturas, às transformações e às dificuldades resultantes do processo migratório e de aculturação, especialmente

durante a primeira infância. Já Moro (2015) afirma que a gravidez é o primeiro momento de vulnerabilidade da mulher que já é imigrante.

A sensação de não se sentir real, de não se sentir ela mesma, parecia ter sido provocada pela experiência de refúgio recente e transição para a maternidade. Nesse sentido, Ramos (2012) afirma que no contexto migratório é importante considerar o nível de integração e as reações de adaptação dos migrantes e que isso pode ou não ser favorecido pelo modo como ele é acolhido. No caso de Yia somado às próprias dificuldades de integrar esta experiência ao *self*, o modo como ela fora recebida no país favoreceu a desintegração.

Quando ela entrou no país na qualidade de requerente de refúgio, toda sua documentação passou a identificá-la pelo sobrenome do marido e todos passaram a chamá-la por ele.

Somente pude perceber isto, quando a acompanhei em uma entrevista com a assistente social no Cáritas, ocasião em que ela me mostrou sua documentação e explicou o ocorrido. Chamou minha atenção que ela nunca corrigia ninguém e que eu mesma não conseguia chamá-la pelo nome, era como se ela naquele momento não fosse ela mesma. Somente após um ano e meio, é que ela passou a usar o nome e não mais o sobrenome, fazendo questão de que todos a chamassem por Yia, e que para mim não era mais um estranhamento, soava natural chamá-la pelo nome próprio.

5.4. Os cuidados com um bebê em terras estrangeiras

Gottlieb (2012) afirma que o bebê é uma construção social e que esta construção interfere na compreensão do que é um bebê, no que esperar em

relação ao seu desenvolvimento, no modo de cuidar, manejar e significá-lo dentro da família e aponta para a singularidade desse processo. Na situação de migração, o meio cultural, familiar e protetor de origem se choca com um universo anônimo, distante, tecnológico e incompreensível na cultura de acolhimento e se acentuam as diferenças entre esses dois universos (Ramos, 2012). Moro (2010) também aponta para a vulnerabilidade que acompanha a situação transcultural por existir dois sistemas de representação cultural que necessitam ser integrados.

Quando a mãe cuida de um recém-nascido, ela se encontra naturalmente voltada para o bebê e dedica-se inicialmente às necessidades corporais do bebê, como o aquecimento, a sensibilidade da pele, a dor, e até mesmo a alimentação (Winnicott, 1970/2000). Mas há uma necessidade ainda mais sutil que só o contato humano pode satisfazer: o toque, o cheiro, e todos os cuidados que protegem o bebê contra perturbações. Esse cuidado é definido por Winnicott (1970/2000) como a oferta de um ambiente humano suficientemente bom oferecido pela mãe suficientemente boa (Winnicott, 1956/2000).

Desta maneira, ao analisarmos a relação de Udo e Yia com seus filhos, nos amparamos nas concepções winnicottianas sobre a relação mãe-bebê, mas tendo em vista que a oferta de cuidado é estruturada no modo como a cultura se une à biologia e à psicologia, em um modelo de desenvolvimento que enfatiza o significado local mais do que o padrão universal (Gottlieb, 2012).

O modo como as pacientes nigerianas manejavam o corpo do bebê era muito diferente do lugar de fragilidade que observamos no modo das pacientes brasileiras de cuidar de um bebê. Nesse aspecto, é digno de nota que havia algo que causava extremo desconforto nas conviventes brasileiras: o momento do

banho, quando, em seu final, realizava-se um alongamento no bebê¹⁷. Como Yia foi uma das primeiras refugiadas na instituição, dividia o quarto com outras brasileiras. Relatava que todas as mulheres a olhavam com estranheza quando alongava os braços e pernas de seu bebê, sentindo-se naquele momento, vítima de preconceito.

Por outro lado, quando Udo chegou à instituição, já havia um número de mulheres suficiente para que fossem separadas em quartos para estrangeiras refugiadas e para brasileiras, fato que, se não promovia necessariamente a integração cultural, permitia que as estrangeiras ficassem mais à vontade no exercício de suas práticas maternas. No caso de Yia e Udo, acompanhamos as dificuldades que tiveram para exercer algumas práticas de cuidado em contexto institucional, na medida em que esses cuidados eram interpretados com preconceito, discriminação e desqualificados, tanto pela equipe institucional, quanto pelas próprias conviventes.

As diferenças nos cuidados infantis não eram observadas apenas entre brasileiras e estrangeiras. Ainda que ambas as pacientes fossem nigerianas e compartilhassem um repertório comum de cuidados relacionados aos bebês, também era possível observar diferenças entre o modo particular de cada uma, por exemplo, na maneira como elas olhavam para seus bebês, no modo como manejavam a criança e até no modo como conversavam com eles. Tais diferenças podiam fundamentar-se na distinta origem tribal de cada uma e também nas suas particulares e singulares qualidades e competências maternas.

¹⁷ O alongamento é realizado pelas mulheres africanas para preparar o bebê para se sentar aos quatro meses de idade, e tem como objetivo fortalecer os membros superiores e inferiores do bebê.

5.4.1. Sintonia entre Udo e seu bebê

Udo e seu bebê foram acompanhados por mim semanalmente até o bebê ter pouco mais de quatro meses, ocasião em que ela saiu da instituição e passamos a nos encontrar com menor frequência. Ela veio algumas vezes ao meu consultório, porém mantivemos contato telefônico até o período de um ano da criança. Fui convidada a participar da celebração de um ano de Ibraim em sua Igreja, e depois dessa confraternização, nos vimos mais uma vez no consultório e ela não me procurou mais.

Udo mostrava-se uma mulher tranquila nos cuidados com seu filho. Apesar da sobrecarga inicial de ser a única cuidadora, ela era atenta a qualquer manifestação do bebê. Olhava-o com ternura e me chamava atenção para o fato de que ele era um bebê que pouco chorava. Aliás, durante todo o período em que os acompanhei, nunca o vi chorar.

Em seus primeiros meses, o bebê, dormia quase todo o período da sessão. Acordava uma ou outra vez para mamar e ao começar a se mexer no carrinho ou balbuciar, Udo já oferecia um sentido para aquilo que o bebê necessitava. Inicialmente, ela percebia essas manifestações como um aviso de que ele estava com fome. Winnicott (1957/1982) afirma que quando a mãe conhece seu bebê, ela é capaz ajuda-lo quando precise e que o bebê é capaz de solicitar esta ajuda, seja pelo choro ou no caso de Ibraim, pelo balbuciar.

Conforme o bebê crescia, outros sentidos foram atribuídos às manifestações do bebê, como cólica ou sono. Quando percebia que o incômodo era de cólica, segurava o bebê de bruços em seu colo para que sua barriga

ficasse aquecida, e chamava a minha atenção que, mesmo tão novo, Ibraim permanecia nessa posição, rígido e firme, e parecia mais desenvolvido corporalmente do que os bebês que eu estava acostumada a ver na instituição. Ele ficava nesta posição de bruços, com as costas arqueadas, desde o primeiro mês, e parecia ter maior controle corporal.

Udo era calma e tranquila ao falar com o bebê, sua voz era suave e de um tom baixo. Sempre que o bebê a solicitava, ela mostrava-se disponível para atender as demandas da criança. A possibilidade de permanecer um período acolhida psicológica e institucionalmente permitiu que Udo entrasse no estado de preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000), podendo estabelecer, com seu filho, a confiabilidade do ambiente humano através da comunicação silenciosa que protegia o bebê das intrusões do mundo.

Era esta sua maior preocupação quando afirmava que não queria que ele sentisse o “cheiro da morte” e experimentasse as angústias que ela havia experimentado, desde o dia em que precisou sair correndo de casa. Udo pôde se beneficiar do que observamos nos atendimentos a outras mulheres em situação de vulnerabilidade. O fato de se ter um bebê para cuidar resgata temporariamente a mulher do sofrimento cotidiano e permite que volte seu interesse ao bebê (Aching & Granato, 2016).

Observar Udo e seu filho me trazia tranquilidade e comunicava a sintonia da dupla e a preocupação de não transmitir o trauma para o bebê. Então, quando um dia cheguei a instituição para atendê-la e ela estava se preparando para dar banho no bebê, perguntei se ela aceitaria que fizéssemos a sessão naquele contexto. Fiquei instigada especialmente porque o banho era algo que causava incômodo a todos na instituição.

Ela começou tirando a fralda e limpando o bebê com um pedaço de algodão antes de colocá-lo na banheira sentado. Apoiando-o com seu braço pelas costas, usou um pedaço de pano como esponja e esfregou com força todo o bebê. No momento de lavar o rosto ele reclamou e ameaçou chorar, e ela me disse que ele não gostava desta parte: “sempre reclama”, dizia. Era possível notar que a intensidade com que ela o esfregou diferia do modo das brasileiras. Entretanto, o bebê demonstrou incômodo apenas no momento de lavar o rosto, o que o assemelhava aos outros bebês que eram acompanhados por mim.

Ela o lavou e me disse que se estivesse na Nigéria, trocaria a água da banheira para tirar o sabão e enxaguaria mais uma vez o bebê. No entanto, na instituição isso não era possível já que a banheira era usada em um balcão no quarto e a água era colocada no banheiro. Na sequência, ela retirou o bebê da banheira e segurou-o somente pelo sovaco, deu-lhe dois chacoalhões, colocou a mão no outro sovaco e repetiu o movimento. Disse que era esse o movimento que fazia com que as brasileiras ficassem aterrorizadas, e que se Ibraim fosse um pouco menor faria o mesmo movimento, segurando o bebê de ponta cabeça por uma perna e depois pela outra. No entanto, do tamanho que ele estava ela tinha medo de machucá-lo. Então, colocou-o sobre a toalha e terminou de secá-lo. Passou óleo em seu corpo e esticou suas pernas fazendo um pouco de pressão nos membros, virou-o de costas e puxou seu braço direito por detrás das costas para o lado esquerdo, forçando um alongamento, e repetiu esses movimentos alternando o braço alongado. Segundo Udo, o alongamento era feito para preparar a criança para se sentar aos quatro meses de idade e para que as pernas ficassem retas.

Após terminar a sessão de alongamento, ela o vestiu e escolheu cuidadosamente a roupa do dia; penteou seu cabelo e passou talco em seu rosto, fazendo traços brancos em sua testa como uma pintura tribal. Essa pintura me deixou intrigada e perguntei se o desenho teria algum significado pois lembrei dos rituais de banho e pinturas variadas descritas por Gottlieb (2012) sobre os bebês africanos. Ela disse que achava que ele ficava bonito, diante da sua resposta levantei a hipótese de que a transmissão cultural do ritual havia sido passada, mas o significado se perdera.

No dia em que o bebê completou quatro meses, tínhamos uma sessão pela manhã. Assim que nos encontramos, ela me contou que agora ele podia ser preparado para sentar, pois os alongamentos haviam servido para lhe dar a firmeza necessária para o treino de permanecer sentado. Disse que os treinos eram curtos, e com o tempo ele devia ser capaz de permanecer sentado por um período. Ela fez a ressalva que naquele início deveria estar atenta para que ele não se machucasse. Ela o colocou sentado no carrinho, que parecia um berço, sem espaços para colocar as pernas do bebê. Ele ficou sentado, curvado para frente, segurando seus próprios pés, os olhos atentos à mãe. Udo pegou seu filho no colo, brincaram olhando-se fixamente. Ele dava risada conforme ela aproximava seu rosto, se olhavam, se cheiravam, ela encostou seu nariz no dele e ambos riram.

Depois de um período ela o colocou de volta no carrinho, e ele permaneceu sentado. Ela disse que ele estava quieto naquele momento, mas que tinha "falado" muito. Dava gritos, risadas e durante a noite queria ficar "conversando". Ela pediu que ele conversasse comigo e me mostrasse como ele dava risadas, o que logo aconteceu: ele me olhou e riu. Cerca de dez minutos

após colocá-lo sentado no carrinho ele deu pequenos gemidos, que foram interpretados por ela como uma forma dele comunicar que já passou tempo suficiente na posição, e era hora de deitá-lo no carrinho.

A atenção de Udo aos pequenos gestos de Ibraim se estabelecia na experiência mãe-bebê de mutualidade (Winnicott, 1969) em que há sutileza e uma comunicação mútua, que para o bebê é uma conquista de seu desenvolvimento e para a mãe é tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar.

5.4.2. Encontros e desencontros de Yia e seu bebê

Os cuidados iniciais de Yia com seu bebê Caasi¹⁸ ficaram marcados pela sua permanência na UTI. Após 15 dias de internação, ela estava preocupada com ele, pois o percebia muito parado, sempre dormindo e achava que ele tinha pouca vivacidade. Tinha percebido que no início da internação, durante a amamentação, ele sugava com mais força e voracidade, enquanto naquele momento, o fazia mais lentamente e com maior dificuldade. Além disso, havia percebido que, a todo momento, Caasi estava com a boca entreaberta, com dificuldades para respirar. Ela acreditava que tudo isso era efeito da medicação que ele estava tomando.

Comecei a falar com o bebê, dizendo que sua mãe estava preocupada com ele. Caasi dirigiu o olhar para Yia e sorriu. Ela ficou feliz ao vê-lo sorrindo e

¹⁸ Talvez o leitor se pergunte porque é apenas aqui que aparece pela primeira vez o nome deste bebê. E acho que inconscientemente ao produzir estas narrativas, transmiti o que captei na relação transferencial com Yia, de que este bebê “demorou” para nascer para esta mãe.

eu intervim, dizendo que a mamãe estava preocupada com ele, que parecia ouvir tudo o que ela dizia. Era visível que Yia ficava feliz ao vê-lo corresponder. Após dois dias, Caasi teve uma piora no quadro e precisou ser entubado e alimentado por uma sonda. Yia se perguntou se todo esse quadro não poderia ser também emocional, pois afinal eles haviam passado por um grande sofrimento. Ela disse que estava rezando muito e “conversando” bastante com ele, e percebia que ele respondia a isso.

Enquanto Caasi seguia respondendo ao tratamento, a equipe médica continuava investigando. Consideravam a possibilidade de ele ser epilético, o que deixou Yia muito triste, pois lembrou de uma cena que presenciou em sua cidade, de um homem que ao ter uma crise convulsiva havia caído no barro, e teria que voltar para casa todo sujo de lama ao recuperar os sentidos. Pensar que algo semelhante pudesse vir a acontecer com seu filho a deixava bastante apreensiva.

Após uma semana que ele havia sido entubado, desenvolveu uma faringite - algo comum ao quadro – e, por isso, a equipe médica optou por extubá-lo. Ele ainda apresentava dificuldades respiratórias e precisava usar uma máscara de oxigênio. Estava incomodado com ela e vivia tentando retirá-la. Yia permaneceu ao seu lado, segurando a máscara próxima de seu rosto, para que ele não precisasse ficar com ela sobre a pele.

A partir da experiência de internação, Yia disse que passou a olhar seu filho de outra forma, reconhecendo sua fragilidade e achando que isso iria marcar os dois para sempre. Em suma, ela seria uma mãe diferente para esse bebê (sic).

Após pouco mais de um mês, o bebê teve alta da UTI e foi transferido para a semi-UTI para observação, o que rapidamente evoluiu para a alta hospitalar e para o retorno de ambos ao Centro de Acolhida. Com a saída do hospital, seguimos os atendimentos em novo enquadre, e em nossa primeira sessão após a internação foi possível perceber como era difícil para Yia oferecer *handling* (Winnicott, 1949a/2000) ao bebê. A dificuldade em manipular fisicamente o bebê, sem saber como segurá-lo ou fazê-lo de um modo “atrapalhado” comunicava também as dificuldades emocionais de Yia frente a um bebê tão dependente e que requeria alguns cuidados especiais. Ele iniciou uma série de acompanhamentos médicos que incluíam o neurologista e um pneumologista¹⁹, ao mesmo tempo que se impunham as demandas naturais de um recém nascido, acrescido a muitas reuniões na instituição Cáritas para tentar organizar a documentação necessária para trazer o marido para o Brasil.

Na sessão após a internação, o modo como ela manejava o bebê chamou a minha atenção, e pude constatar, ao longo dos atendimentos, que muitas vezes ela o segurava de uma forma que me fez pensar na experiência descrita por Winnicott (1949a/2000) como “ser feito em pedaços, cair para sempre” (p. 76). Explicando melhor: naquela sessão, ela o colocou sobre a mesa, sentado, e o segurou apenas com uma mão. O bebê demonstrava incômodo, e eu, mobilizada por isso e percebendo a dificuldade de ela reconhecer esse incômodo na criança, me aproximei e a ajudei a segurá-lo de outra forma. Ela o acolheu nos braços, e passados alguns minutos, entregou-me a criança dizendo que talvez fosse melhor eu segurá-la.

¹⁹ O bebê desenvolveu asma e passou a ter acompanhamento ambulatorial.

Segurei a criança ao compreender que dividir essa responsabilidade era um modo de oferecer um *holding* a Yia, que se afligia com as demandas do bebê. Conversei com o bebê, contando-lhe que a sua mãe passava por muitos desafios naquele momento e que o fato de poder contar com alguém para dividir alguns cuidados era muito importante, pois ela estava sobrecarregada.

Oferecer essa sustentação à dupla e comunicar a eles o que eu testemunhava no acontecer clínico, permitiu que os olhares de ambos se encontrassem e ela pôde dividir comigo, não apenas as dificuldades que encontrava, mas também reconhecer suas competências, ao relatar que mesmo com dificuldades para segurar a criança, percebia os diferentes choros e jeitos de seu filho se expressar. Como exemplos me contou que percebeu o filho irritado após tomar uma vacina e que nada do que ela fazia parecia acalmá-lo, ou ainda que notou o bebê impulsionando o corpo para que ela o carregasse, como se “pedisse” um colo quando ela se aproximava do berço.

A conscientização de sua dificuldade em segurar a criança surgiu como queixa ainda na internação, mas à medida que o bebê crescia e ela podia sair com ele da instituição, isto a assombrava, porque temia que as pessoas na rua achassem que ela não sabia cuidar da criança. Ela dizia que sempre cuidou de crianças, que esse era seu quarto filho, mas que, em sua terra, as mães amarravam as crianças ao corpo e se mantinham com as mãos livres. Ela observava as brasileiras segurando um bebê com as duas mãos e dizia que não sabia fazer isso. Precisava de uma mão livre, sentia-se desajeitada e não gostava de pensar que o filho era frágil (sic). O modo de segurar o bebê nos conta sobre experiências de aculturação que favorecem a perda de laços

culturais, e exigem que a mulher faça frente às exigências sociais de ser uma boa mãe (Ramos, 2012).

A situação do refúgio recente concomitante à maternidade fez com que Yia não conseguisse ser espontânea nem cuidar do bebê à sua maneira. Somente quando Caasi estava prestes a completar um ano, ela conseguiu segurá-lo do modo que lhe era familiar. Testemunhei quando ela veio ao consultório com o bebê amarrado por um pano em suas costas. Dizia com orgulho que todos no metrô olhavam a ela e ao bebê, e percebera inclusive uma pessoa interessada em fotografá-los.

Ter dificuldades para reconhecer as necessidades do bebê, ou mesmo em como manejá-lo é algo que muitas mulheres experimentam durante a transição para a maternidade (Brunton et al., 2011). Por outro lado, o tornar-se capaz de maternar um bebê deve se amparar na ideia de que existem possibilidades variadas de maternidade (Moreira, Aguiar & Rasera, 2010) que não dependerão somente da mulher, mas de sua rede de apoio. Segundo Leite et al. (2014) o apoio social recebido desde a gestação terá impacto na experiência materna e no desenvolvimento da criança.

Para Yia, ter uma rede de apoio era fundamental para que ela pudesse compartilhar os cuidados da criança e também ter um espaço que lhe permitisse regular sentimentos como ansiedade, tristeza e insegurança, característicos da transição para a maternidade (Behringer et al., 2011). Nesse sentido, notava-se que a equipe do Centro de Acolhida não cumpria esse papel, pois começava a se ressentir com Yia que, às vezes deixava o bebê com outra pessoa para ir até o quarto ou mesmo ao toalete, e se atrasava para retirar o leite no Banco de Aleitamento. A falta de apoio foi lembrada por ela, que, no retorno do parto,

precisou fazer sozinha a mudança do quarto das gestantes para o quarto das mães. Cabe ressaltar que ao contrário do que ocorrera com Yia, para outras mulheres, especialmente para as brasileiras, essa mudança era feita pelas educadoras.

Enquanto ela lidava com as dificuldades institucionais, também precisava fazer negociações com sua própria cultura, ao ter que abrir mão de rituais importantes, como a circuncisão de Caasi. Quando estava prestes a completar dois meses, ela se preocupava com o fato de não ter feito a circuncisão, como havia feito com seu primeiro filho na Nigéria.

Ela me pediu ajuda para descobrir como isso poderia ser feito e foi com essa situação que aprendi sobre o assunto, tornando possível orientar Udo na época em que ela me pediu o mesmo. Para compreender se isso era possível, pedi ajuda de colegas médicos e descobri que o procedimento só era possível ser realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) se houvesse indicação médica de um urologista. Segundo Yia, na Nigéria, esse procedimento é realizado no hospital mas por questões religiosas, quando o bebê tem dez dias de vida. Havia inclusive uma passagem da Bíblia que apontava para essa necessidade. Entretanto, ela não soube me dar maiores explicações e precisou se resignar com a impossibilidade de realizar o rito.

A sobrecarga das múltiplas vulnerabilidades vividas por Yia manifestava-se como dificuldade em cumprir horários, organizar-se com compromissos e mesmo relacionar-se com o bebê. Em nosso primeiro encontro no consultório, o bebê estava dormindo e ela o colocou sobre o sofá. Ela estava muito aflita, pois tentava organizar uma série de documentos que eram necessários para que ela convidasse o marido para visitá-la, e ele pudesse obter o visto para sair de seu

país. Quando o bebê acordou e começou a gemer, ameaçando um choro, Yia, muito irritada, gritou: cale a boca! (sic).

A irritação e raiva que manifestara me fizeram intervir, dizendo ao bebê que ele havia acordado sem saber onde estava, havia pedido ajuda da mamãe, mas a mamãe estava muito nervosa e brava porque estava fazendo de tudo para trazer o papai para ficar com eles. Não estava sendo fácil para ninguém toda aquela situação, mas que era bom que estávamos juntos e eu podia ajudá-los um pouco. Ao ouvir minha fala, Yia dirigiu-se ao filho e pediu desculpas, reconhecendo que ele deveria estar com fome, pois já haviam saído de casa há muitas horas.

Ela se levantou, pegou a mamadeira, sentou-se na poltrona e apoiando o bebê em sua canela começou a amamentá-lo, segurando bebê e mamadeira com uma única mão. Com a outra, tentava inclinar o corpo para pegar em sua bolsa os documentos que gostaria de me mostrar. Diante de tal cena, eu disse que poderia ajudar, porque estava vendo que o bebê estava prestes a cair no chão. Perguntei o que ela gostaria que eu fizesse e ela pediu então que eu pegasse os documentos na bolsa, reposicionando o bebê em seu colo.

Zanatta e Pereira (2015) identificam que a irritabilidade materna que acompanha o processo de transição para a maternidade costuma ser externalizada na relação com o companheiro. No caso de Yia, a ausência do marido parece ter feito com que o bebê em alguns momentos fosse o depositário da irritabilidade materna. Brunton et al. (2011) reconhecem o quanto as demandas infantis sobrecarregam o casal, e estar só naquele momento apontava para uma intensificação da sobrecarga de Yia.

A sobrecarga de tarefas, a ansiedade e insegurança sobre sua família e também sobre seu futuro não permitiam que Yia estivesse presente para seu bebê nem reconhecesse suas potencialidades e limites. Quando o bebê completou quatro meses e chegou a hora de colocá-lo para sentar, percebi que a necessidade de Yia em seguir sua cultura se sobrepôs à própria capacidade do bebê em realizar essa proeza. Como o bebê já havia completado quatro meses, ela o colocou sentado no chão com as costas apoiadas no pé da poltrona. Disse que todos seus outros filhos já se sentavam com a mesma idade e que ele ainda não conseguia fazê-lo, e que achava que as pernas de Caasi estavam tortas porque ela não pôde fazer o alongamento durante a época necessária.

Sua expectativa era que a criança permanecesse sentada, quieta e aproveitando a posição, mas o que acompanhei foi algo diferente. O bebê não era capaz de se sustentar naquela posição e por isso pendia de um lado para outro. Por esse motivo, Yia o segurou pela gola da camiseta. Conversamos sobre a impossibilidade de ela ter feito o treino para o bebê sentar e de como ela havia se sentido desqualificada enquanto mãe por não ter feito o que estava acostumada a fazer com seus outros filhos.

Juntas refletimos sobre as diferenças entre ser mãe na Nigéria e ser uma mãe estrangeira, e também sobre quem ela era agora, e o bebê, considerando tudo o que haviam enfrentado, e como isso podia tê-los transformado, a ela principalmente. Isso permitiu que olhássemos para aquele bebê e pudéssemos pensar em algo que levasse em consideração sua cultura, as possibilidades de seu bebê e também a nova cultura. Optamos então por colocar um cobertor no chão e almofadas ao redor da criança para que ele pudesse se sentar sem o

risco de se machucar e também permitir que Yia olhasse para seu bebê para além de suas dificuldades. Ela sentiu a tristeza de não poder exercer a maternagem tal qual sua cultura, mas percebeu que esta experiência não a desqualificava como mãe. Era necessário usufruir de sua criatividade para encontrar um novo modo de ser mãe.

Minha intervenção parece ter ajudado a dupla, que, um mês depois mostrava-se em maior sintonia. Ao chegar na sala, Yia preparava o espaço para colocar o bebê, antecipando-se muitas vezes ao seu movimento. Isso se verificou no dia em que pegou uma almofada do sofá e decidiu colocar ao lado do bebê, justificando o ato pela hipótese de que se o bebê caísse, ele não se machucaria. Foi exatamente isso que aconteceu. No instante seguinte o bebê tombou para o lado, e encontrou a almofada oferecida por sua mãe.

Ao longo do período em que os acompanhei, Yia continuava percebendo os entraves em cuidar do filho no estrangeiro. Sentia que com ele as coisas eram muito diferentes do que vivenciou com os outros filhos, e era capaz de perceber que a vida em um país estrangeiro lhe demandava demais no sentido de ter que repensar o modo de educar o filho. Percebia que muitas coisas que ela estava acostumada a fazer, não funcionavam. Um exemplo disso foi quando o bebê aprendeu na creche a dar beijo quando alguém pedia, mas ele só compreendia o pedido em português. Se o pedido fosse feito em inglês, língua falada pelos pais, ele não sabia o que fazer, porque não era algo que os pais faziam em sua cultura. Outro exemplo, relacionado a Yia, vinculava-se a ela não saber como proceder quando as crianças faziam algo errado ou pegavam algo que não podiam. Ela havia ensinado os outros filhos dando pequenos tapas na mão das

crianças. Isso não funcionava com Caasi, pois ele lhe devolvia o tapa e ela não sabia o que fazer diante dessa situação.

A chegada do pai de Caasi no Brasil e os cuidados oferecidos por ele parecem se organizar na proposição de Winnicott (1964/1982) sobre o papel do pai, em que ele dá a sustentação à dupla mãe-bebê e cuida para que as questões do ambiente externo pouco interfiram nos cuidados oferecidos. Ainda que exista uma especificidade cultural, observamos que os cuidados parentais se organizam de modo tradicional, segundo o gênero tal como observam Woolhouse et al. (2012) na transição para a maternidade.

5.5. A instituição é um espaço de acolhimento?

No momento da entrada no Centro de Acolhida, as mulheres recebidas na instituição realizam uma entrevista com a assistente social, e após o primeiro contato, são inseridas numa rede de cuidado, em que iniciarão seu acompanhamento pré-natal como moradoras da instituição. É importante lembrar que Yia foi a primeira refugiada a ser recebida pela instituição e que haviam se passado dez meses quando Udo chegou, e naquele momento já havia um grupo maior de mulheres refugiadas. Levando em consideração essa ordem de chegada, apresentaremos primeiro a história de Yia.

Ramos (2012) pontua a importância da formação adequada para o acolhimento de migrantes, pois sem isso haverá dificuldades no acolhimento, na comunicação e nos cuidados prestados. Nesse aspecto particular, a comunicação era algo problemático entre as estrangeiras e a equipe institucional. Somente a psicóloga institucional e algumas voluntárias falavam

inglês, e o contato diário com as imigrantes era feito pelas educadoras, que muitas vezes assumiam que as refugiadas compreendiam o que era pedido e não o faziam por conveniência, por se tratar de uma regra institucional, ou do cumprimento de uma obrigação indesejada.

Muitos estudos (Brunton et al., 2011; Leite et al., 2014; Behringer et al., 2011; Wu & Hung, 2015) apontam para a importância da rede de apoio durante o período de transição para a maternidade, sua influência na relação mãe-bebê e o quanto essa rede pode contribuir para que não se desenvolvam quadros patológicos, como a depressão pós-parto ou outros. Se a rede de apoio tem este lugar de destaque em situações favoráveis, em que a mulher dá à luz em seu país, minimamente amparada, consideramos esse apoio imprescindível na situação de refúgio. Nesse contexto, ainda que Yia e Udo tivessem recebido o amparo necessário pela instituição Cáritas, responsável pelo encaminhamento das mulheres gestantes para o Centro de Acolhida do Amparo Maternal, no período em que durou meu atendimento foram observadas poucas mudanças no alojamento para melhor atender as refugiadas.

Ao constatarmos as dificuldades da instituição em compreender as necessidades das refugiadas, outra equipe, da ONG Centro Habitare, realizou algumas reuniões com o objetivo de sensibilizar a equipe para pequenas mudanças que poderiam trazer mais conforto às estrangeiras e também favorecer que a equipe não reproduzisse, ainda que sem perceber, comportamentos preconceituosos e discriminatórios. Isso não foi feito a tempo para que Yia pudesse se beneficiar das pequenas mudanças que a equipe institucional realizou.

Uma das pequenas mudanças realizadas pela equipe, foi a possibilidade

de uma vez por semana as estrangeiras cozinharem a própria comida. Para algumas refugiadas a oferta diária de arroz e feijão era vista como uma falta de cuidado com elas, uma desconsideração com sua singularidade. Segundo Moro (2015), cada modelo cultural engloba estruturas específicas de língua, culinária e cuidados, o que permite ao sujeito compreender e decodificar as experiências, neste sentido esta pequena mudança traz consigo a mensagem de que há uma preocupação. Não sabemos por quanto tempo isto continuou a acontecer porque após a saída de Udo, o Centro de Acolhida encerrou sua parceria com a ONG Centro Habitare.

5.5.1. Convidada a se retirar...

O relacionamento da equipe institucional com Yia sempre foi marcado pela rigidez institucional que parecia desconsiderar a gravidade da situação enfrentada por ela e preocupava-se apenas com o fato dela cumprir ou não as regras institucionais, sem perceber quão inadequadas elas eram para o contexto de imigração e refúgio.

Em nossa primeira sessão, percebi a necessidade de Yia ter acesso à internet e a um computador para que mantivesse contato com o marido e a família. Essa necessidade já era algo que observávamos com as pacientes brasileiras, mas o uso de redes sociais e internet era visto como algo supérfluo pela equipe. No contexto das refugiadas, era o único meio de comunicação com a família, e apesar de existir uma sala de computação na instituição, esta não tinha acesso à internet e nem era de interesse da instituição modernizá-la. Conseguimos operacionalizar para que Yia usasse o computador da pedagoga

a partir das 17 horas, horário que a pedagoga deixava a instituição, mas a sala fechava as 17h30 e seu acesso era negado sempre que ela tentava utilizá-la, com a justificativa de que ela não poderia permanecer sozinha na sala ou de que outro profissional precisava utilizá-la.

Outros contratemplos aconteceram com a equipe enquanto o bebê permanecia internado. A postura de confronto de Yia, fez com que a equipe se irritasse com ela e, por consequência, se tornasse mais rígida em relação às regras. Uma noite ela perdeu o horário de jantar porque acompanhava o bebê em um exame e retornou ao alojamento um pouco depois do encerramento do horário estipulado. Por ter perdido o horário, a equipe não ofereceu alternativa para que ela pudesse comer algo. Irritada, ela decidiu que iria ao refeitório pedir que alguém lhe servisse algo porque estava com fome, dirigiu-se ao refeitório, sem conseguir se comunicar direito e não teve sucesso. Ela então lembrou que havia um refeitório no Hospital em que o bebê estava internado, anexo ao Centro de Acolhida, e se dirigiu até lá para comer. A equipe considerou sua postura arrogante e desrespeitosa e Yia, por sua vez, sentiu-se humilhada por ter que brigar para conseguir comer algo.

Quando o bebê saiu da UTI, as dificuldades se agravaram, pois Yia questionava a rigidez das regras e desafiava a equipe institucional ao descumpri-las quando não concordava com elas. Um exemplo disso é que ela deixava seu bebê aos cuidados de alguém quando precisava ir buscar algo no quarto, ou colocava seu bebê para dormir com ela em sua cama durante a madrugada. O que observamos na relação de Yia e a equipe também foi observado em alguns estudos que investigaram o papel e a experiência de uma equipe voluntária no

suporte a mulheres grávidas refugiadas e requerentes de refúgio (Balaam et al., 2016).

Balaam et al. (2016) investigaram a experiência de voluntários do Reino Unido no cuidado a pacientes gestantes e refugiadas. Essa equipe demonstrou como era necessário oferecer um relacionamento diferenciado de suporte, oferecendo um nível mais alto de suporte social do que ofereciam anteriormente na maternidade e nos cuidados de saúde para mulheres em geral. É nesse reconhecimento que se estabelece a possibilidade de oferecer algo particular para atender a necessidade deste público específico (Balaam et al., 2016). Na contramão dessa tendência, a equipe do Centro de Acolhida relutava em compreender que havia agora uma nova demanda determinada pela chegada de um novo público.

Ramos (2012) explica que parte importante de alguns programas de acolhimento a refugiados fundamentam-se na melhoria da comunicação clínica, através de tradutores, produção de informação acessível ao migrante, formação em cuidados materno-infantis e formação dos profissionais de saúde para a aquisição de competências culturais para melhorar a capacidade do profissional de saúde na gestão da interculturalidade.

Mesmo Yia sendo a primeira refugiada a chegar na instituição, que não estava preparada para receber refugiadas, a postura de preconceito e a falta de sensibilidade dos profissionais para a sua história de vida evidenciou o que já percebíamos nos cuidados com as outras conviventes brasileiras: a produção de situações de sofrimento pela falsa suposição de que por estarem protegidas na instituição, elas se acomodavam e queriam “receber tudo de mão beijada”.

Enquanto estava presente na instituição, foi possível mediar a relação entre Yia e a equipe para favorecer a comunicação e diminuir os possíveis mal-estares que surgiam frente à rigidez de regras e falta de sensibilidade da equipe. Porém, quando me ausentei durante as férias de fim de ano, a equipe, numa ação que só é possível descrever como perversa, estabeleceu regras ainda mais rígidas que levaram Yia a ser transferida da instituição por não se adaptar ao ambiente institucional.

Desde que o bebê de Yia saiu da UTI, ele passou a ser alimentado com leite do Banco de Aleitamento da instituição. Seus atrasos para retirar o leite eram constantes, de modo que a equipe estabeleceu que nenhum atraso seria tolerado, inclusive na madrugada, ocasião que ela deveria acordar e retirar o leite sem ser chamada por alguém da equipe. Na primeira madrugada, sem despertador e sem contar com o cuidado da equipe, ela não retirou o leite e a equipe decidiu desligá-la da instituição, encaminhando-a para um local que recebia apenas mulheres refugiadas. Quando retornei das férias, fui informada pela própria paciente que ela havia sido transferida. Ela estava muito chateada com o fato de ter sido expulsa. Apesar de considerar que o novo local era melhor, pois lhe permitia ter mais liberdade, estava triste por sua saída ter acontecido daquela forma. Afirmava se sentir humilhada pelo modo como a instituição havia conduzido sua saída.

5.5.2. Apesar de tudo, grata

Quando Udo chegou à instituição, a presença de refugiadas e requerentes de refúgio já era maior, de modo que a instituição já traçava alguns caminhos

para melhor acolhê-las. A equipe da ONG Centro Habitare passou a oferecer, além dos atendimentos individuais, um grupo de escuta para refugiadas que acontecia semanalmente, e um grupo para a equipe institucional, de modo a sensibilizá-las e melhor instrumentar a equipe no acolhimento às mulheres refugiadas.

Ramos (2012) afirma que dentro do grupo de migrantes há um grupo ainda mais vulnerável que são os recém-chegados e os que ainda não dominam ou apresentam dificuldades de expressão na língua do país de acolhimento. Por essa razão, devemos nos atentar às características do local de acolhimento, tais como as condições socioeconômicas e a fatores como discriminação e preconceito. Udo percebia que dentro da equipe, havia não apenas pessoas acolhedoras e cuidadosas, como o caso da psicóloga institucional e de algumas educadoras, mas também pessoas preconceituosas, que a tratavam da forma assim descrita por ela: Negra, você ainda é uma escrava! (sic).

Udo e o grupo de mulheres refugiadas percebiam a discriminação por parte das educadoras e tinham dúvidas se era porque eram refugiadas ou porque eram negras. Udo se entristeceu algumas vezes ao se dar conta de quão cruéis algumas educadoras podiam ser. Houve um episódio em que ainda estava gestante e preparava-se para tomar banho, quando uma educadora a chamou às pressas para sair do quarto e ir até a sala da equipe técnica, afirmando que a psicóloga estava lhe chamando. Para sua surpresa, quando foi ao encontro da psicóloga descobriu que ela não a havia chamado.

Ao regressar ao quarto para tomar banho, encontrou o quarto trancado pela educadora²⁰ que afirmava que o horário para permanecer no quarto encerrara-se e agora ela deveria esperar até a hora do almoço, horário em que o quarto seria reaberto. Naquela ocasião, a própria equipe técnica percebeu a inadequação e desfez o que a educadora havia causado, fazendo com que ela abrisse o quarto para que Udo pudesse tomar banho.

Em outra ocasião, Udo precisava pegar a toalha de banho de seu bebê na lavanderia²¹ e quando era necessário as educadoras destrancavam a porta da lavanderia para isso. Porém, no dia do plantão daquela mesma educadora, ela recusou-se a abrir a porta afirmando que essa não era a regra e que ela deveria ter deixado a toalha em seu quarto. Entretanto, minutos mais tarde, Udo viu a educadora abrindo a porta para uma brasileira.

Udo descreveu essa educadora como cruel, e lembrou que, em outra ocasião viu-a colocando uma convivente para fora do quarto de calcinha e sutiã porque havia chegado o horário de trancar o quarto. Ela disse que foi humilhante para a menina permanecer no corredor vestida assim e constrangedor para todas que testemunharam a cena. Todas essas situações levaram Udo a pedir, para a assistente social do Cáritas, um novo local para morar e ficava magoada de ter que morar em um lugar onde “as pessoas ou têm pena de você ou te tratam de forma cruel” (sic).

²⁰ Esta educadora em particular, recebia muitas queixas por seu comportamento preconceituoso e discriminatório. Fizemos diversas reuniões com a gerência, que também estava insatisfeita com a sua conduta e já havia usado todos seus recursos para tentar contornar a situação, mas frente à iminente aposentadoria da funcionária sentia-se de mãos atadas. Fato curioso é que a própria funcionária já havia passado pela instituição na qualidade de gestante e puérpera.

²¹ Mesmo sendo proibido deixar a toalha naquele local, todas as mulheres o faziam por não haver outro local mais adequado para a toalha secar.

Mesmo com essas dificuldades, Udo era grata à instituição e tentava fazer com que outras refugiadas reconhecessem tudo o que recebiam de bom, como comida, cama, fraldas, etc. Uma refugiada muito próxima de Udo, passou pelo mesmo processo que Yia, quando se revoltou contra as regras institucionais, confrontando a equipe e acabou sendo transferida para outro local. Quando elas se encontraram dias após a saída dessa colega, Udo disse que ela estava arrependida por ter provocado essa situação e concluiu que só podia culpar a si mesma por ter se colocado nessa situação.

Apesar das situações difíceis em relação à equipe, Udo sentiu-se muito acolhida por Carla²², psicóloga institucional, tanto que considerou chamar o bebê com esse mesmo nome, justificando que faria isso por todo o amor que sentia que ela lhe dava. Por isso, quando Carla saiu da instituição abruptamente por ter passado em um concurso, Udo sentiu-se desamparada, o que acelerou sua saída do Centro de Acolhida. Ela encontrou uma casa para morar e, tão rápido quanto Carla, foi embora da instituição.

5.6. Uma psicanalista fazendo outra coisa mais adequada à situação...

Como apontado no capítulo de Metodologia, o enquadre clínico necessitou de algumas reformulações, conforme as demandas suscitadas pelo contexto de vulnerabilidade social, para a oferta de um cuidado mais afinado às necessidades de nossas pacientes. Winnicott (1962/2008), ao refletir sobre os

²² Nome fictício.

objetivos do tratamento psicanalítico, considera que o paciente seja capaz de reunir, dentro de sua área de onipotência pessoal, todo o tipo de experiência, incluindo os traumas, para viver de forma integrada a partir de um núcleo de *self* estabelecido (Winnicott, 1945/2000).

Em situações de sofrimento, a integração de *self* fica ameaçada e observamos a submissão do *self* às experiências cotidianas, como um modo de viver defensivo, com o uso de estratégias psicológicas predominantemente rígidas e de repertório empobrecido para lidar com a angústia. Em situações como essas, o tratamento psicanalítico visa favorecer a integração, e o *setting* deve se modificar com o intuito de satisfazer as necessidades de um “caso especial” (Winnicott, 1962/2008).

Winnicott (1964/1994), em consideração ao *setting*, afirma que sua manutenção é tão importante quanto o trabalho interpretativo, e no caminhar da clínica em situação de vulnerabilidade social, essa manutenção foi necessitando de ajustes. Durante o período em que atendi as pacientes, principalmente Yia, muitas dúvidas, incertezas e angústias a respeito do que caberia ao psicólogo clínico me rondaram. Poder contar com um espaço de acolhimento e de supervisão²³ para pensar os movimentos transferenciais e contratransferenciais foi fundamental para a construção do meu lugar como psicóloga na situação de refúgio.

O atendimento a pacientes refugiadas me fez repensar inúmeras vezes o papel do psicólogo clínico, e me adaptar, no sentido do manejo winnicottiano, às necessidades pessoais, sociais e culturais dessas mulheres. E foi no caminhar

²³ Todos os atendimentos clínicos realizados foram supervisionados pela Dra. Tereza Marques de Oliveira, fundadora da ONG Centro Habitare e por minha orientadora, Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato, durante as reuniões com o grupo de pesquisa.

dessa clínica diferenciada que pude aprender o que Winnicott (1964/1994) quis dizer com "uma provisão ambiental especializada" (p.78).

Com os relatos de ambas as pacientes, poderemos observar o modo particular como cada uma estabeleceu o relacionamento comigo, que aponta tanto para o desenvolvimento emocional de cada uma, como para o uso, no sentido winnicottiano do termo (Winnicott, 1968/1994) que cada uma fez de minha pessoa. Por Yia ter sido a minha primeira paciente refugiada, nesta seção também apresentarei primeiro sua história para em seguida apresentar o relato de Udo.

A primeira alteração no enquadre foi o fato de realizar os atendimentos em inglês. Apesar de falar inglês fluentemente e conseguir me comunicar bem, me senti insegura por não possuir vocabulário técnico em Psicologia, e diante do sotaque carregado de ambas, tivemos algumas dificuldades de comunicação que foram contornadas com o uso de dicionário tradutor à mão durante as sessões. O fato de psicóloga e pacientes estarem disponíveis para que uma comunicação emocional acontecesse, superou as dificuldades de o inglês não ser a língua materna de nenhuma de nós²⁴.

5.6.1. As muitas necessidades de Yia...

Os atendimentos de Yia já se iniciaram em um enquadre diferenciado em função da internação de seu filho, que aconteceram num contexto hospitalar, ao

²⁴ Apesar de ambas falarem inglês desde pequenas, ambas tinham como primeira língua materna um dialeto africano, ioruba, no caso de Yia e igbo para Udo.

lado do leito da criança e que, por causa da gravidade da situação e da ausência de outras pessoas que falavam inglês, foram realizados duas vezes por semana.

Após um breve período de atendimento, Yia me contou que outra psicóloga também conversava com ela semanalmente. Ela me confidenciou que não conseguia distinguir quem era quem, e muitas vezes sentia que repetia algumas histórias. Embora ela tenha atribuído isso ao fato de estar desorganizada naquele período, podemos pensar que o fato de ser atendida por mulheres jovens e brancas possa ter causado um certo estranhamento, em razão de minha idade poder ser associada à falta de experiência e minha cor, por aludir a questões inter-raciais, como o preconceito.

Eu sentia Yia muito vulnerável. A somatória do refúgio recente, o pós-parto e a internação de seu filho tornavam as demandas urgentes, e como observamos em outras situações de vulnerabilidade social, as necessidades materiais tornam-se prioridade em detrimento das questões emocionais (Aching & Granato, 2016). Apesar de tudo o que enfrentava, ela parecia ter um único objetivo, o de trazer o marido para o Brasil.

Em nossos encontros, eu percebia a sua dificuldade de se organizar temporalmente, que ia desde identificar qual era o dia da semana em que estávamos, até saber daqui a quantos dias iríamos nos encontrar. Ela dizia que sua cabeça não estava boa (sic), tentando me contar que estava confusa, que não lembrava quando havíamos nos encontrado pela última vez, que havia perdido sua capacidade de pensar. Foi por esse motivo que quando ela me informou que teria uma reunião no Cáritas, fiquei muito preocupada em como ela chegaria lá, ao ter que enfrentar a caótica São Paulo, e ao sentir sua fragilidade,

percebi como era necessário oferecer coordenadas para que ela pudesse se sentir segura ao desbravar a cidade.

Por esse motivo, providenciei um mapa com os detalhes do caminho e meios de locomoção necessários para ela ir até o local, e ao perceber sua dificuldade para compreender o que deveria fazer nessa reunião, intuitivamente me ofereci para acompanhá-la. Já havia me oferecido para acompanhar outras pacientes em outras situações no contexto de vulnerabilidade, como em uma ocasião em que acompanhei o parto de uma paciente solitária. Talvez por isso, mesmo um pouco desconfortável em sair do papel do psicólogo tradicional, me mostrei disponível para oferecer à paciente o que considere necessário em termos emocionais, amparando-me na proposta de Winnicott (1967/1975) sobre o que poderíamos chamar de terapeuta suficientemente boa, em sua analogia ao papel materno do terapeuta, e nas reflexões de Herrmann sobre a clínica extensa (Herrmann, 1992).

Ela aceitou minha oferta dizendo que estava com dificuldades para lembrar das coisas e que dessa forma eu poderia ajudá-la a lembrar o que era importante. Sua resposta me reconfortou em relação à minha oferta de acompanhá-la, na medida em que o sofrimento enfrentado por ela lhe roubava o espaço psíquico necessário para conter e reter informações importantes para a manutenção de seu bem-estar.

No dia da reunião, como eu não teria tempo de buscá-la na instituição e ainda em dúvida se deveria ou não desempenhar a função de motorista, apostei em seus recursos internos e combinei que encontraria com ela na instituição Cáritas. Entreguei um mapa com a descrição das ruas, metrô e todo o caminho

que ela deveria seguir. Ela teve muita dificuldade em se locomover pela cidade, o que a fez chegar uma hora e meia atrasada.

Ao chegar, encontrei uma mulher diferente de nossos encontros no hospital. Ela estava com uma peruca de cabelo *Chanel* e um vestido florido. Gostava de se arrumar na Nigéria, e sentia que essa era uma ótima ocasião. Enquanto eu a esperava, lhe chamaram para o seu horário. Avisei a equipe que ela estava a caminho, e eles pediram que assim que ela chegasse, avisássemos para que colocassem seu nome na lista para sermos chamadas para a reunião.

Permanecemos na recepção, montada no local da garagem da casa que abrigava a instituição. O local dispunha de diversas cadeiras para que todos permanecessem sentados até a entrada ser autorizada. Enquanto aguardávamos, ela permaneceu atenta às conversas de outros grupos, até que identificou um grupo falando um dialeto que ela conhecia. Ela se levantou e juntou-se ao grupo para conversar, e quando retornou, me explicou que eles falavam ioruba, o dialeto de sua tribo, e que se sentia bem quando encontrava seus conterrâneos.

Assim que nos autorizaram a entrada na casa, uma pessoa nos acompanhou para uma outra sala de espera para aguardar a assistente social. Permanecemos aguardando por uma hora e meia e, enquanto isso, algumas pessoas vieram lhe cumprimentar. Uma delas foi uma psicóloga que lhe acompanhava no Caritas, que afirmou que não seguiriam mais com os atendimentos pois naquele momento ela estava sendo atendida no Amparo Maternal. Outra voluntária lhe trouxe algumas páginas xerocadas de um livro, em ioruba, sobre como aprender português, e uma outra voluntária pediu a sua documentação e a da criança para tirar cópias e colocar em sua ficha. Foi nessa

ocasião que descobri que, desde sua chegada no país, ela estava sendo chamada pelo sobrenome do marido.

Quando a assistente social nos chamou, me apresentei dizendo que ela havia pedido minha presença porque temia não se lembrar das informações necessárias a respeito da documentação do marido. Fomos informadas que havia dois caminhos possíveis para trazer o marido ao país. O primeiro era a própria Yia tentar reunir a documentação que permitia o marido receber o visto para vir ao Brasil²⁵. Para isso, ela poderia escrever para a embaixada e pedir auxílio quanto à documentação. Por ela ter um filho nascido no país, o seu registro já serviria para esse pedido, mas ela poderia acrescentar documentos do hospital em que o bebê estava internado.

Outra forma de conseguir trazer seu marido era aguardar o que já estava sendo feito, que é o requerimento de refúgio. O processo já havia sido iniciado e poderia demorar até um ano. O processo consiste em duas entrevistas com advogados: a primeira acontece no próprio Cáritas e a segunda acontece no CONARE, na Polícia Federal. Após as duas entrevistas, o processo é julgado e o resultado pode ser positivo ou negativo. Caso seja positivo a instituição auxilia com a documentação necessária para a reunião familiar, mas não com os custos.

Os processos podiam ser feitos ao mesmo tempo, e um não invalidava o outro. A assistente social sugeriu que ela iniciasse o processo por conta própria e Yia demorou cerca de um mês para compreender que ela poderia fazer o processo sozinha e que isso permitiria ao marido vir para o país mais cedo. Apesar de minhas exaustivas explicações ela não conseguia se dar conta de que

²⁵ Na Nigéria, a pessoa deve receber um convite, que lhe permitirá uma autorização e consequentemente o visto para sair do país e entrar no Brasil.

ela tinha campo de ação. Eu seguia repetindo as informações e ajudando a refletir sobre o que ela conseguia naquele momento fazer, até que ela conseguiu começar a reunir uma série de documentos e fazer um convite para o marido através da Embaixada Brasileira na Nigéria.

Ela me pediu ajuda para conseguir uma carta do hospital sobre o estado de saúde de seu filho e, com a carta em mãos, pedimos ajuda da psicóloga institucional para digitalizar a documentação e enviar um e-mail para a Embaixada Brasileira explicando a situação e pedindo ajuda. Apesar de muito solícita, a psicóloga institucional não tinha como prioridade auxiliar Yia, e isso lhe custou alguns meses de espera, porque a embaixada respondeu o e-mail e ela não viu. Soubemos disso porque o marido de Yia estava em cópia no e-mail e nos avisou que eles haviam entrado em contato. No e-mail, a Embaixada havia solicitado documentos complementares, e precisamos de mais alguns meses para conseguir organizar essa documentação.

Enquanto preparávamos a documentação, Yia foi convocada para a primeira entrevista do processo de requerimento de refúgio, e pediu que eu a acompanhasse para lhe ajudar a lembrar do que era importante. Fomos recebidas pela advogada, e a entrevista foi diferente do que Yia imaginava: ela achava que receberia orientações quanto à documentação necessária para conseguir o visto para o marido; entretanto, soube que a entrevista fazia parte do processo de requerimento e que durante o evento deveria contar os acontecimentos que haviam determinado sua chegada ao Brasil.

Yia começou a contar sua história e percebi que ela não havia compartilhado dois aspectos que eu considerava importantes: o ataque à escola das crianças e a pressão para o marido juntar-se ao Boko Haram. Como o pedido

para a minha participação fundamentava-se em ajudá-la a lembrar partes importantes daquela história, e por sentir-se confusa e insegura para conseguir transmitir o que de fato acontecera, perguntei se não haveria nada para contar sobre as crianças, fazendo referência ao ataque na escola. Ela afirmou que não havia nada para falar sobre a escola das crianças e pisava insistentemente em meu pé, deixando claro que eu deveria permanecer calada. Ao final da entrevista, ela me confidenciou que precisou fazer aquilo pois, ao conversar com outros refugiados sobre a entrevista, eles a aconselharam a não contar tudo ao entrevistador. Isso porque o entrevistador poderia entender que ela havia exagerado alguns fatos para impressioná-lo, para que julgasse favorável o requerimento.

Nessa entrevista, a advogada nos informou que, em breve, o CONARE entraria em contato para agendar a segunda entrevista, e aproveitamos a oportunidade para conseguir uma carta do Cáritas que reiterasse a importância de Yia estar disponível e ser convocada a qualquer momento para a entrevista, justificando assim que ela mantivesse o seu celular consigo. Dessa forma, quando retornamos à instituição e apresentamos a carta, Yia pôde permanecer com seu celular em tempo integral. Orientei que ela tomasse cuidado e fosse discreta com o uso do celular para que não tivesse problemas ou dificuldades com as outras conviventes.

Duas semanas após a entrevista, eu me ausentei da instituição por causa das minhas férias e neste período fui informada que Yia havia sido transferida. Nossos encontros passariam a acontecer em um novo enquadre, mesmo eu continuando a atender no Centro de Acolhida do Amparo Maternal. De modo que quando retornei das férias, a equipe institucional me informou que haviam

concluído que era melhor transferir Yia para um local para refugiadas pois o período de permanência chegava ao fim, e estavam tendo dificuldades de se comunicar com ela, pela diferença de idioma. Além disso, haviam constatado a dificuldade da convivente em seguir regras. Isso deu origem ao evento que considerei uma retaliação por parte da equipe institucional na época de sua mudança. É o que relato a seguir.

Eu havia pedido para a equipe organizar a mudança de Yia, pois ela tinha consigo muitos pertences e não seria capaz de transportá-los sozinha. Quando pedi para que eles organizassem sua mudança e eles se recusaram a ajudar, percebi o ódio que toda a situação havia gerado.

A equipe justificava que não havia um serviço para fazer a mudança, e que cada um era responsável por chegar e sair da instituição. Na época, compreendi essa atitude como uma dificuldade de encontrar o serviço. Porém quando, meses depois, uma outra paciente necessitou do serviço, tive a confirmação de que aquela atitude havia sido mais uma retaliação da equipe contra minha paciente.

A recusa da equipe implicou num pedido de Yia que me deixou bastante desconfortável. Diante de sua dificuldade logística (tinha que carregar seus pertences e o bebê no metrô), ela me pediu ajuda para transportar suas coisas. Eu respondi que precisaria pensar a respeito e, durante a minha reflexão, lembrei-me do fato de que ela havia entrado em contato comigo em meu último dia de férias, dizendo que gostaria de me avisar que havia saído da instituição. Dias depois, quando eu já havia retornado, ela afirmou que gostaria de ter me ligado antes pois estava muito angustiada. E confidenciou-me que pensava consigo mesma: você é uma mulher adulta e pode resolver seus problemas

sozinha (sic). E completou: “Você sabe, você é meu anjo, minha mãe, meu marido, minha amiga e minha psicóloga”.

Constatar esse lugar de importância me assustava às vezes, porque não queria falhar como psicóloga. Poderia oferecer um cuidado mais ativo desde que me mantivesse atenta aos meus sentimentos, à contratransferência e aos meus limites. Esta reflexão me fez ver que, naquele momento, ela só podia contar comigo. Ela havia se sentido abandonada pela instituição e não tinha a quem recorrer, acho que ela seria capaz de encontrar um jeito de realizar esta mudança, mas concluí que ajudá-la na mudança seria mais fácil para mim do que para ela encontrar uma solução. Decidi então ajustar a oferta desse tipo de *holding* desde que a mudança ocorresse dentro dos meus termos e condições.

Combinei que poderia transportar suas coisas durante o final de semana, e que ela deveria ir até a instituição me autorizar a retirar seus pertences. Eu não poderia transportá-la com o bebê porque não possuía a cadeira adequada para esse tipo de transporte, ela me autorizou a retirar suas coisas, eu as peguei no dia em que fui à instituição para os atendimentos e as entreguei no sábado combinado. Aproveitamos a ocasião para conversarmos um pouco sobre o período em que eu estive de férias e como havia sido sua saída institucional.

Ela me apresentou o novo hotel para refugiadas em que estava instalada e me contou sobre o funcionamento do local. Ao final do nosso encontro, me presenteou com um pote de sorvete, dizendo que a sua religião lhe havia ensinado que, em momentos difíceis, devia-se mostrar gratidão em pequenos gestos e que, naquele momento ela se sentia feliz em poder me fazer um agrado.

Em função da permanência de Yia na nova instituição, tivemos muitas dificuldades de realizar as sessões em meu consultório. A primeira dificuldade

foi de ela conseguir chegar no horário combinado, pois desconhecia os meios de transporte e a distância a ser percorrida. Marcava muitas coisas no mesmo dia, em horários próximos que a faziam perder o horário, e mesmo eu tendo reservado três horas em minha agenda para o nosso encontro, ela não conseguia chegar em tempo.

Um exemplo disso é que, por três vezes, ela me ligou do meio do caminho, extremamente confusa, achando que chegaria em tempo hábil para a sessão, quando eu sabia que isso não seria possível. Durante essas três tentativas, lembro de sentir muita raiva e ter percebido, com isso, que alguns limites precisavam ser estabelecidos. Nessas ocasiões, ofereci limites orientando-a para que voltasse para casa, explicando-lhe que eu não poderia mais atendê-la quando chegasse ao consultório, pois o horário reservado a ela, teria chegado ao fim. Era necessário fazer esses cortes para que ela se organizasse de modo a usufruir a oferta de cuidado. Tentava ajudá-la a compreender que ela precisava sair com antecedência para nosso compromisso e que, mesmo eu estando disponível, havia um limite.

Nesse contexto, após algumas tentativas frustradas para ambas, finalmente ela conseguiu chegar ao consultório com uma hora de antecedência. Ao entrar em minha sala reclamou: você e seus horários (sic), mostrando-se frustrada por eu oferecer limites tanto para ela chegar quanto para ir embora. Como as sessões aconteciam sem uma frequência definida e ela precisava de ajuda para reunir a documentação necessária para o pedido de visto do marido, foram necessários alguns encontros para ela trazer a documentação, eu levar a documentação para digitalizar em casa e devolvê-la a ela. Enquanto isso,

aguardávamos o CONARE entrar em contato para agendar a segunda entrevista do processo de requerimento.

Ajudá-la nesse trâmite e me tornar a guardiã de sua documentação mostravam-me a importância de ser flexível em minha atuação como psicóloga e também o nível de confiança em meus cuidados. Para ela era natural que eu ficasse com sua documentação por uma semana, enquanto para mim, como psicóloga, desempenhar este papel gerava estranhamento. Não obstante, concluindo que um psicanalista podia fazer o que considerava mais adequado a uma situação de sofrimento (Winnicott, 1962/2008), preparei o dossiê.

Com toda a documentação reunida, enviamos as cópias ao marido de Yia, e ele deu entrada na Embaixada. Em abril de 2015 ela me informou que estava indo buscar o marido no aeroporto. Fiquei aliviada com a notícia, ao sentir que ela não estaria mais exclusivamente sob os meus cuidados e, também por isso, a partir de um movimento dela, nos afastamos por um breve período de tempo. De abril a junho de 2015, nos falamos poucas vezes por mensagens de celular. Ela me avisou que o marido estava bem, trabalhando, mas que o bebê estava internado por causa de uma grave crise de asma. Conseguimos nos encontrar somente em julho, quando fui visitá-la, na Casa do Migrante²⁶. Nesse encontro, ela me detalhou a chegada do marido, e como ele rapidamente havia conseguido um emprego como contador na Zona Leste da cidade, relato que apresento a seguir. Enquanto ela fazia um curso de cabeleireira, conheceu uma pessoa que lhe pediu que ela enviasse o currículo do marido e antes mesmo de chegar no país já tinha uma entrevista; após realizá-la, em uma semana estava empregado.

²⁶ A Casa do Migrante oferece serviço de acolhimento a migrantes, imigrantes e refugiados. Oferece alojamento, espaço de convivência e atividades culturais.

Eles alugaram um quarto em uma pensão, mas como o filho havia sido internado, eles se ausentaram da casa. Após um mês, decidiram entregar o quarto porque ela sentia que não eram bem-vindos. A dona do local suspeitava que eles traficavam mercadorias por nunca estarem presentes. O bebê havia passado por dificuldades durante a internação e ela achou que ele iria falecer. Disse que ele teve uma grave pneumonia e precisou fazer três transfusões de sangue. Ela estava muito estressada, nesse período, e para ilustrar sua desorganização dizia que não era capaz nem de responder seu nome, tamanha a confusão que vivia na época.

Aos poucos, o bebê foi reagindo e dando sinais de melhora e ela e o marido foram para a Casa do Migrante. Já estavam lá há pouco mais de um mês, mas estavam pensando em ir embora porque permaneciam em quartos separados. Os outros filhos continuavam na Nigéria e a cunhada, que cuidava deles, ameaçava entregá-los para o governo porque estava com dificuldades para mantê-los. Por conta disso, a cunhada havia pedido 600 dólares para continuar cuidando das crianças.

Eles estavam mandando o dinheiro, mas o que já era difícil tornou-se quase impossível com o aumento do câmbio do dólar. Eles se mudaram algumas vezes, até conseguirem alugar um quarto para os três em uma casa em São Bernardo do Campo. Ela tentava encontrar emprego, mas não conseguia permanecer muito tempo trabalhando em um só local. Queixava-se de sofrer preconceito, de ser maltratada por ser negra e refugiada.

Diante do sofrimento por ser refugiada em um país em que não falava a língua, considerou fazer uma aplicação para ir para o Canadá. Por causa disso, me pediu para pagar, em meu cartão de crédito, a taxa de uma documentação e

disse que ela me entregaria o dinheiro correspondente. Extremamente desconfortável com esse pedido, disse que não poderia fazê-lo, mas poderia lhe ajudar a encontrar caminhos para isso, apostando em sua capacidade para encontrar uma nova solução. Fizemos algumas pesquisas de como isso poderia ser feito e juntas descobrimos que ela poderia pagar a taxa em uma casa de câmbio.

Nossos encontros continuam a acontecer conforme a demanda de Yia que até hoje me escreve solicitando horário quando sente a necessidade, às vezes utiliza o espaço para conseguir se organizar concretamente para algo, como foi o exemplo sobre como pagar a taxa, em outras ocasiões, utiliza o espaço terapêutico para trazer suas questões emocionais, como quando estava aflita com o pequeno Caasi. Yia percebia o quão difícil era ser mãe na situação de refúgio, pois sentia que o que fez anteriormente com os outros filhos não funcionava com ele. Seria necessário construir um novo modo de ser mãe, ancorado na possibilidade de mesclar os dois universos culturais, Brasil e Nigéria, conforme relatado por Moro (2010) ao propor a miscigenação cultural como solução saudável para a integração do imigrante no país de acolhida.

Durante esse período, ela passou pela segunda entrevista do requerimento de refúgio e, em 2016, ganhou seu direito de permanência. Desde então vem lutando para trazer seus três filhos para o país.

5.6.2. As muitas fragilidades de Udo...

Durante os atendimentos que aconteceram enquanto Udo permaneceu no alojamento, parte do trabalho terapêutico deu-se pela interpretação dos

conteúdos. Como pontua Winnicott (1962/2008), isso consiste na verbalização do que o paciente traz no dia. Outra parte do trabalho se estabeleceu na confiança que se construía à medida que o tempo passava, que permite todo o tipo de experimentação por parte da paciente, como cuidado, trocas culturais, traduções, cuidados com o bebê, uma gama de boas experiências que fundam a confiança no novo ambiente e permitiam que a paciente usufrísse de sua criatividade.

Moro (2015) afirma que parte do trabalho do psicólogo que atua na clínica transcultural se estabelece no “descentragem”²⁷ cultural que permite a compreensão do bebê ou do sintoma pela aproximação cultural do paciente, para posteriormente poder ser feito o trabalho de miscigenação. Com Udo, frequentemente apresentávamos uma a outra como algo era compreendido em nossa cultura. Por exemplo, quando eu ingenuamente, após o parto e, talvez, até mesmo durante a gravidez, questioneei-a sobre o nome do bebê. Foi somente após o parto que ela pôde me contar como soava estranho que todos quisessem saber disso e compartilhou comigo como tal escolha era realizada em sua cultura. Nesta ocasião, os pais decidem entre si qual será o nome do bebê, que somente após dez dias de vida tem seu nome revelado para todos os familiares. Eu então expliquei que no Brasil, o nome do bebê é decidido ainda na gestação e enquanto estão na maternidade é comum observar na porta dos quartos, enfeites com o nome da criança.

²⁷ Termo mantido conforme a tradução de Viviane do Carmo Huerta, autora da versão em português do artigo "Psicoterapia transcultural da migração" de Rose Marie Moro, para o periódico Psicologia USP, vol. 26, nº2, p.186-192 de 2015.

Talvez por essa necessidade de miscigenação é que Udo tinha tanto interesse em saber sobre minha vida pessoal, meus relacionamentos, como eu passava meus dias, o que não me fazia sentir invadida como quando outros pacientes me questionam sobre esses assuntos. Sentia que, nesse contexto, poderia lhe dar mais detalhes do que costumo dar a outros pacientes. E ao mesmo tempo que contava sobre mim, percebia um receio de lhe apresentar uma realidade diferente do que ela estava prestes a viver aqui no Brasil. Muitas vezes, eu lhe contava de um mundo mais próximo ao vivido pelas pacientes do Amparo Maternal, do que de minha realidade.

O trabalho terapêutico, enquanto Udo permaneceu na instituição, era sentido por mim como leve. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, eu não me sentia preocupada em demasia, pois sentia, contratransferencialmente, sua capacidade de resiliência. Foi a partir da sua saída institucional que eu fiquei extremamente preocupada com sua saúde mental e me senti pela primeira vez impotente por não conseguir ajudá-la como gostaria.

A saída da psicóloga institucional, que culminou na rápida saída de Udo da instituição, mostrou toda a sua fragilidade emocional, e a fez reviver a experiência traumática do desaparecimento do marido e do filho. Udo passou a telefonar constantemente para Carla, a psicóloga institucional, exigindo sua presença, seu cuidado e dizendo que ela a havia abandonado. A psicóloga, preocupada com a saúde mental de Udo, porquanto achava seu discurso paranoide, tentou inicialmente fazer com que Udo retomasse o atendimento comigo. Entretanto, nas duas ocasiões em que ela veio às consultas, esse conteúdo nem sua fragilidade apareceram.

Udo contava como estava sendo sua adaptação em um novo lar, a participação na igreja que ela já frequentava, mas no Amparo Maternal ressentia-se de não poder ir com a frequência que gostaria. Seu relato sugeria que, apesar das dificuldades, Udo mostrava-se mais uma vez resiliente, além de contar com uma pequena rede de apoio, seu irmão e a esposa e o melhor amigo do marido, seu padrinho de casamento, que encontrara na cidade.

Já era final do ano de 2015 quando Carla me procurou pois estava muito aflita. Udo lhe fazia cobranças exageradas, que ultrapassavam o relacionamento que tiveram na instituição, fazendo menção a conteúdos homossexuais e que pareciam mais cobranças projetadas e deslocadas para Carla, referentes ao paradeiro do marido e do filho.

Quanto a mim, sentia-me de mãos atadas, pois tentava em vão fazer com que Udo viesse ao consultório, ao mesmo tempo que ficava aflita ao ouvir os relatos de Carla. Por esse motivo, Carla e eu decidimos fazer uma supervisão conjunta, para que junto com a Dra. Tereza Marques de Oliveira encontrássemos um caminho de ação. Assim decidimos que Carla deveria fazer alguns apontamentos a Udo, por meio telefônico, que favorecessem a retomada da terapia comigo e também a auxiliassem no sentido da integração. Udo não se questionava sobre o marido e o filho, talvez pelo medo de viver o colapso (Winnicott, 1963/1994), quando, na verdade, este já havia ocorrido.

Carla me informou que tivera uma conversa por telefone com Udo e que pôde, de forma acolhedora, interpretar e contar, para ela, a forma como compreendia aquela situação relacionada ao marido e ao filho de Udo: que havia muitas dúvidas, medos e inseguranças sobre o destino de seu marido e seu filho e que, muitas vezes, ela sentia que todos esses questionamentos que Udo trazia

eram, na verdade, formas dela comunicar que se angustiava com a situação de sua família, e que ela temia o que poderia descobrir a esse respeito.

No início do ano de 2016, Carla me informou que Udo havia ido para a Nigéria procurar sua família, mas por Carla não compartilhar nada de sua vida pessoal com ela, Udo também não contaria detalhes para Carla.

Ao final de janeiro de 2016, Udo me telefonou para contar que ela estava na Nigéria e que havia encontrado, em uma cidade próxima a Lagos, seu marido e seu filho, ambos com vida. A ligação estava ruim e assim que ela me informou isso, a conexão caiu. Fiquei apreensiva tentando entrar em contato, e depois de quinze minutos, ela me telefonou novamente, dizendo que havia voltado para a Nigéria para procurá-los. Encontrara um primo, ele disse ter visto os dois em uma cidade próxima. Ela decidiu ir até essa cidade e os encontrara. Disse que agora poderia voltar a pensar em sua vida, poderia voltar a ser feliz. Ela planejava regressar ao Brasil no mês de abril e trazê-los com ela. Fiquei tão emocionada com seu relato que chorei ao telefone com ela.

Quando finalmente retornou, me telefonou, mas não quis vir ao consultório, e me convidou para conhecer sua casa. Em dúvida quanto a aceitar ou não este convite, que mais uma vez me retirava do enquadre usual, disse que precisava me organizar e que, em breve, lhe daria uma resposta. Mais uma vez me vi obrigada a pensar sobre o papel do psicólogo nesse contexto e concluí que poderia fazer a visita. Entretanto, ao olhar o endereço me senti vulnerável de ir àquele bairro sozinha de carro. De início, senti o meu próprio preconceito, além do medo, mas depois cheguei à conclusão de que talvez fosse melhor não ir, se não pudesse estar à vontade para a visita. Respondi, que em razão da distância não seria possível fazer a visita. Aceitei, então seu convite para a

comemoração do aniversário de um ano de seu filho, em sua igreja. Após a missa de domingo, haveria um bolo e eles cantariam os parabéns. Comprei um presente para Ibraim e fui no dia combinado. Como ela havia me orientado, cheguei após uma hora de culto e assisti o restante, que durou duas horas.

Adentrei a Igreja e encontrei Udo, muito arrumada em um terninho, sapato de salto e longas tranças no cabelo. Todos me observavam e pude perceber que eu eu era a única pessoa branca no local. Foram receptivos e se preocuparam se eu conseguiria acompanhar a missa em inglês.

Fiquei sozinha em boa parte do culto, pois Udo estava organizando a comemoração de aniversário que aconteceria ao final. Quando retornou, disse que logo cantariam parabéns e que gostaria que eu ficasse ao lado dela e de seu filho e tirasse algumas fotos desse momento. Ao final do culto, todos fizeram suas preces, gritando em voz alta enquanto tocavam uma música. Depois disso o pastor deu início a uma espécie de ritual, oferecendo entre os que ali estavam e que desejavam aumentar sua fé uma toalha embebida em óleo. Udo insistiu que eu pegasse uma toalha para lembrar dela e de sua Igreja.

Chegado o momento do bolo, nos unimos ao redor da mesa, e eu permaneci com a incumbência de tirar fotos. Depois de cantar os parabéns, o pastor finalizou o culto pedindo que as pessoas agradecessem. Todas as pessoas se cumprimentaram e fui apresentada ao irmão de Udo, e a outras pessoas, da seguinte forma: esta é minha psicóloga, aquela que lhe falei a respeito (sic). Ao final do culto, despedi-me de Udo e combinamos que ela fosse ao meu consultório naquela semana.

O pedido de Udo para que eu fizesse as fotos no aniversário de Ibraim foi um modo de concluirmos um trabalho iniciado ainda na instituição. Durante os

atendimentos, ela havia relatado como havia perdido todos os registros que tinha de sua vida pregressa, e o quanto ela e o marido gostavam de ter fotos dos momentos com a família. Estando no Brasil, ela desejava poder registrar os momentos com o bebê para que, no futuro, pudesse mostrá-los ao pai e através do registro fotográfico pudesse, de alguma forma, sentir-se confortada ao reconhecer o fato de que algumas de suas práticas haviam se mantido. Por esse motivo, fazíamos semanalmente fotos dela e do bebê, desde o seu nascimento. Naquele momento, em que o bebê completava um ano, ela poderia ter o registro dessa transição.

Após a digressão e retomando o fio de nossa narrativa, depois do encontro na igreja, ela decidiu vir ao consultório. Ela teve muita dificuldade para chegar no dia e horário combinados, e precisei ir encontrá-la no ponto de ônibus, pois havia me ligado muito aflita dizendo que não conseguia achar o caminho. Durante essa sessão, Udo me explicou mais sobre sua religião e tive a sensação de que ela tentava me converter e me fazer crer na Bíblia. A fé era muito importante para ela, que frequentava diariamente a igreja para rezar, participar de grupos ou ajudar o próximo de alguma forma. Naquele mesmo dia precisava sair do consultório para participar de um grupo de oração.

Conversamos sobre a vinda do pai e de Okpara, seu primeiro filho, e lhe contei que não era necessário esperar a decisão sobre o requerimento do refúgio para que a família se reunisse. Sugeri outro caminho a seguir e que eu poderia ajudá-la nesse sentido. Ela se mostrou interessada, mas não tocou mais no assunto. Mais uma vez, fiquei com a sensação de que ela se mostrava distante dos acontecimentos e do sofrimento provocado por tudo o que havia vivido. Apesar de oferecer outro horário na semana seguinte, ela preferiu deixar a

possibilidade em aberto e me procurar quando achasse necessário. Desde então, enviou-me apenas algumas mensagens para dizer que estava bem e que tinha saudades.

Em abril de 2017, fui contatada por telefone pela responsável da Instituição Associação Educacional e Beneficente Vale da Benção. Esta pessoa me informou que Udo estava na instituição há seis meses, participando de um programa para refugiadas. Como chegava ao fim sua permanência, eles se preocupavam com sua fragilidade emocional para sair da instituição e que ao saberem que eu a atendi por um período, e por ela passar meu contato, consideravam a importância de nosso vínculo e gostariam de saber se haveria a possibilidade de retomarmos os atendimentos. No momento estamos nos organizando para que o trabalho terapêutico seja retomado.

**ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A
TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE EM
SITUAÇÃO DE REFÚGIO**

Chegando ao fim deste trabalho, reconheço a complexidade em que se circunscreve a transição para a maternidade em situação de refúgio. E ao contrário do que pensei inicialmente - que, ao final deste longo percurso poderia defender uma única tese - encontro-me diante de narrativas psicanalíticas que se transformaram em um material vivo e cujos sentidos e significados transcendem a tentativa de definir o que é a transição para a maternidade em situação de refúgio.

O vasto material clínico que foi produzido a partir do acompanhamento dos dramas vividos por ambas as pacientes, abre-se para muitas interrogações e interpretações a respeito de questões humanas, e dependendo do recorte escolhido, pode ser compreendido de diferentes formas, permitindo diferentes percepções a respeito do fenômeno da transição para a maternidade em situação de refúgio. Não tenho aqui a pretensão de esgotar esse assunto, ao contrário: este trabalho deve ser considerado como um ponto de partida para outros estudos e para uma reflexão mais ampla sobre essa questão complexa.

Nesse aspecto, o estudo deve ser tomado como ponto de partida para quatro aspectos principais: a abertura do diálogo sobre um campo que ainda é incipiente na área da psicologia no Brasil; a possibilidade de se olhar em profundidade cada aspecto relevante que o encontro com o material clínico suscita; a oportunidade de se repensar o papel do psicólogo e, finalmente, para a reflexão sobre a existência de um novo significado para a transição para a maternidade.

A radicalidade da situação de refúgio me fez testemunhar como a transição para a maternidade pode ter um novo significado ao se tornar o frágil fio que resgata a mulher das agonias impensáveis (Winnicott, 1963/1994),

permitindo que ela transponha os horrores vividos e lhe dê sustentação para recuperar o caráter humano das experiências.

Se a transição é uma experiência que traz para a gestante a necessidade de reorganizar a percepção de si e do mundo (Gonçalves et al., 2010), na situação de refúgio ela terá lugar na alteridade de um mundo que é, agora, um lugar desconhecido em relação a sua língua, cultura e modo de acolhimento. Esse novo mundo é marcado pela experiência de que o mundo anteriormente conhecido se tornou um lugar violento e hostil que não é mais capaz de acolher e do qual é preciso se defender.

Na medida em que a gestação é vivida como um período de crise, pois demanda uma série de ajustes na vida da mulher, seja do ponto de vista emocional, social ou econômico (Brunton et al., 2011; Piccinini, Carvalho, Oirique & Lopes, 2008; Aching & Granato, 2016), essa experiência se radicaliza quando é vivida na superposição de vulnerabilidades que tornam o sofrimento insuportável em função da desorganização e desamparo que provoca, pondo em risco a saúde mental da mulher.

Muitas vezes me interroguei sobre o lugar da transição para a maternidade quando existem tantos outros atravessamentos, ao se chegar grávida e sozinha em um novo país. Parte dessa resposta confirma a posição de Barclay e Kent (1998) de que a transição para a maternidade na imigração recente é vivida pela mulher como uma experiência solitária e dolorosa. Eu acrescentaria à conclusão de Barclay e Kent que se trata de uma experiência mais solitária e mais dolorosa que vem aprofundar o risco de desintegração emocional já contido em qualquer experiência transformadora.

O sofrimento intenso provocado pelo ataque do grupo terrorista, a separação da família, as perdas que acompanharam a decisão de ir embora, podem obscurecer a transição para a maternidade. Nesse sentido, ao final deste trabalho, me dou conta de que ela se tornou, para as pacientes, a base saudável que assenta a possibilidade de elaborar as experiências de modo a integrá-las em suas vidas.

Para Sturm, Baubet e Moro (2010) devemos considerar a potencialização de sofrimentos que emergem na transição para a maternidade em situação de imigração e refúgio para melhor prevenir e tratar o sujeito migrante, remetendo o acontecimento traumático ao seu contexto e integrando-o à trajetória do sujeito. Por essa perspectiva, Udo foi capaz de reunir esforços para cuidar de forma suficientemente boa (Winnicott, 1949/2000) de seu filho. Foi pelo filho que ela lutou para sobreviver, e sem ele, talvez, teria se entregado a outro destino. Analogamente, Yia reuniu forças e mobilizou recursos para reunir sua família.

Acompanhei os desafios de Yia e Udo de se tornarem as maiores responsáveis pelo seu próprio bem-estar e de seus filhos. Esse desafio se tornou maior pela diferença entre o paradigma da cultura ocidental que requer da mulher uma atenção escrupulosa ao desenvolvimento psicológico, social e intelectual dos filhos (Badinter, 2011), e o referencial cultural das duas pacientes africanas, que permite que os cuidados maternos sejam partilhados com uma extensa rede de apoio. Gottlieb (2012) testemunha que, em tribos africanas, na ausência da mãe, o adulto que estiver mais próximo da criança torna-se o responsável por ela. Esse fato foi comprovado pelo relato de Udo sobre o pós-parto e a rede de cuidados que teve na ocasião de seu primeiro filho, e também

reproduzido por Yia, ao deixar seu bebê sob o cuidado de outros para ir ao toalete ou ao quarto.

Por outro lado, pude observar, no andamento da clínica que a transição para a maternidade em situação de refúgio inaugura um paradoxo: tanto a maternidade quanto o refúgio são potencialmente desorganizadores, ao mesmo tempo que sustentam uma possibilidade de esperança. Isso porque na área da maternidade em situação de vulnerabilidade social, uma nova gestação tem a função de resgatar a mulher da precariedade de seu cotidiano, ainda que temporariamente, voltando a alimentar seus sonhos e a esperança de uma nova vida (Aching & Granato, 2016). Nesse aspecto, no que concerne à experiência de refúgio, a chegada a um novo país traz a possibilidade de renascimento e a esperança de um melhor começo quando se tornou impossível sobreviver na terra natal (Davoudian, 2012).

No caso das pacientes participantes deste estudo, essa esperança tornou-se concreta com o nascimento das crianças no Brasil, que lhes garantiu não só a maternidade segura, mas o direito de permanência legal no país, e nos faz refletir sobre a trama de sentidos em que se tece a relação mãe-bebê em situação de refúgio.

O modo como cada paciente respondeu aos desafios impostos por estas duas experiências, maternidade e refúgio, ilustra a afirmação de Prati et al. (2009) e Ximenes (2010) de que o enfrentamento de uma situação de vulnerabilidade social depende dos recursos internos e externos disponíveis. No caso de Yia, assim como observado em outros contextos de vulnerabilidade social, as angústias e ansiedades comumente relacionadas à maternidade só

puderam emergir quando outras inseguranças foram acolhidas no âmbito do atendimento psicológico e social (Aching, Biffi & Granato, 2017).

Sabemos que não há como dissociar a experiência da maternidade da situação de refúgio, mas o que observei é que cada uma das pacientes parece ter sido impelida a priorizar uma dessas demandas, conforme o momento o exigia ou segundo o seu estilo pessoal de organizar uma experiência que excede a própria capacidade de contenção. Nessa situação em que a mulher experimenta exigências concretas, como a privação de sono, a adaptação ao ritmo do bebê, o cansaço e preocupações características desse período (Rapaport e Piccinini, 2011), a situação de refúgio só vem aumentar o conflito materno e comprometer uma solução saudável para mãe e filho.

Embora Yia já fosse uma mãe mais independente com seus outros filhos, ela parece ter conseguido operacionalizado primeiro as questões relacionadas à própria imigração e a dos que ficaram em sua terra natal, deixando em segundo plano o estado de preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000) segundo o qual a mulher se desliga das preocupações com o ambiente para se dedicar exclusivamente ao filho recém-nascido. Já Udo priorizou os cuidados com o bebê, protegendo-o com a sua preocupação materna mas também se protegendo da desintegração psíquica. Refugiando-se na maternidade, ela parecia buscar recursos para o enfrentamento futuro da possibilidade de ter perdido o filho e o marido para o Boko Haram.

Pude constatar que a transição para a maternidade em situação de refúgio se aproxima da experiência das pacientes brasileiras em situação de vulnerabilidade social, em particular no aspecto de esta ser uma experiência solitária, não apenas pela falta de uma rede de apoio prévia, mas também por

remeter ao ideal materno ocidental de que a mulher deve sozinha dar conta desta função. Na situação de refúgio, isso é sentido como uma sobrecarga de tarefas concretas e emocionais ao se ter que assumir integralmente a responsabilidade pelo cuidado do bebê. A instituição, por sua vez, reproduz fielmente esse ideal, ao proibir que as mulheres se ajudem nos cuidados infantis.

A revisão de literatura realizada sobre a transição para a maternidade apontou para o discurso vigente que estabelece as melhores práticas maternas, que, se não seguidas a contento, podem ser fonte de sofrimento para a mulher e, por consequência, fazer com que se sinta desqualificada em sua capacidade de ser mãe. Na situação de vulnerabilidade social, como observei, as mulheres sentiram-se diminuídas e julgadas pela equipe técnica que as acompanhava, sem compreender que se tratava de dificuldades financeiras para seguir determinadas recomendações médicas, como a oferta de um leite especial (Aching, 2013).

Além disso, constatei a grande dificuldade, na situação de refúgio, de se sustentar determinadas práticas maternas por medo do preconceito e discriminação. Como no caso de Yia, que cessou os alongamentos com seu filho temendo ser acusada de maus-tratos. Isso exemplifica a afirmação de Ramos (2012), de que um conjunto de rituais pode desaparecer à medida que a mulher enfrenta a maternidade em situação de imigração de forma isolada. Em contrapartida, Udo, por ter em sua companhia um número maior de mulheres africanas, não precisou abrir mão deste ritual e, portanto, da conexão com a sua cultura, podendo se reconhecer em seu fazer materno.

Leite, et al. (2014) afirmam que o apoio social recebido desde a gestação impacta diretamente sobre a experiência materna e o desenvolvimento da

criança. Emmanuel et al. (2008) sugerem que o suporte social é o fator que mais influencia o desenvolvimento do papel materno durante a transição para a maternidade. Alinhada com esses estudos, constato a necessidade de uma rede de apoio ampla à mulher gestante e imigrante. Nessa perspectiva, considero que a oferta de cuidado deve fundamentar-se no que Moro (2015) chama de “descentragem” no exercício da clínica transcultural, que permite ao terapeuta se distanciar do modelo cultural ao qual está sujeito e oferecer um cuidado que não seja obscurecido pelas diferenças culturais.

A radicalidade da transição para a maternidade em situação de refúgio necessita de uma oferta de cuidado especializada (Winnicott, 1962/2008), e constatar essa necessidade permitiu sintonizar minha sensibilidade às demandas de cada paciente, aguardando o seu gesto espontâneo²⁸ (Winnicott, 1960/2008) e respondendo à medida que percebia que elas estavam prontas para criar/encontrar o que me solicitavam. Um exemplo disso foram os inúmeros papéis que desempenhei com cada uma das pacientes: quando ajudei Yia a reunir documentos; quando a acompanhei em suas reuniões ao Cáritas; quando ajudei em sua mudança; quando fiz fotos de Udo e seu bebê e participei da celebração do primeiro ano de Ibraim; quando fiz uma supervisão com Carla; ou ainda quando busquei Udo no ponto de ônibus para que ela conseguisse chegar ao meu consultório.

Outro ponto importante nessa experiência clínica diz respeito à afinação de minha sensibilidade ao contexto cultural e étnico das pacientes, para que fosse possível a oferta de um cuidado adequado e uma escuta que

²⁸ Winnicott descreve o gesto espontâneo a partir do relacionamento mãe-bebê, em que o gesto do bebê expressa um impulso espontâneo, que indica a existência de um verdadeiro self em potencial e como a mãe responde a isto é revelado em um gesto. Ligando a ideia de verdadeiro self ao gesto espontâneo.

transcendesse o meu contexto cultural. De certa forma, isso já vinha sendo realizado durante os anos de experiência na clínica da vulnerabilidade social, onde me deparei com diferentes modelos culturais brasileiros, mas que este trabalho possibilitou avanços importantes na compreensão desse processo.

A formalização desta pesquisa trouxe a convicção de que o trabalho terapêutico em contextos de vulnerabilidade social, e agora na situação de refúgio, se dá na convergência de um trabalho que se ampara, de um lado, em uma postura antropológica que possibilita a aproximação da cultura dessas pacientes para compreendê-las melhor, e de outro lado, em uma perspectiva psicológica, na medida em que estuda os afetos que participam dessa experiência de maternidade. É justamente na possibilidade de integração dos diferentes aspectos de cada cultura que se pode estabelecer o trabalho de miscigenação proposto por Moro (2010) na clínica transcultural.

No desenrolar dos atendimentos, convocada por emergências humanitárias complexas (O'Heir, 2004), percebi a importância da presença humana do psicoterapeuta e ousei sair do lugar de neutralidade do psicólogo ao compartilhar alguns detalhes de minha vida pessoal e ajudá-las em tarefas que jamais imaginei desempenhar como psicóloga. Ao habitar novos lugares e me reinventar enquanto psicóloga clínica fui me tornando migrante, na experiência clínica de atender refugiadas.

Para concluir essas reflexões, percebo que a maternidade em situação de refúgio é um campo de estudo que ainda necessita de desenvolvimento, considerando o grande movimento migratório feminino contemporâneo imposto pelas guerras políticas e religiosas. Mesmo havendo produção científica nacional e internacional, consideramos que esses novos movimentos migratórios,

principalmente no contexto brasileiro, ainda necessitam de maior investigação, para auxiliar no desenvolvimento de serviços especializados e na oferta de um cuidado diferenciado que facilite a experiência de tornar-se mãe em condições adversas, tanto no âmbito psicológico como no social.

Nesse sentido, o desenvolvimento de políticas públicas que preparem o caminho para os profissionais que recebem esse tipo de população é de extrema importância, bem como a expansão da oferta de serviços que se estruturam sobre uma capacitação profissional especializada, que não deixe de incluir a sensibilidade e flexibilidade de cada profissional como requisitos para a formação desse profissional.

REFERÊNCIAS

- Aber, C., Weiss, M., & Fawcett, J. (2013). Contemporary Women's Adaptation to Motherhood: The First 3 to 6 Weeks Postpartum. *Nursing Science Quarterly*, 26(4), 344-351.
- Aching, M. C. (2013). *A mãe suficientemente boa: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Aching, M. C., & Granato, T. M. M. (2016). The goodenough mother under social vulnerability conditions. *Estudos de Psicologia*, 33(1), 15-24.
- Aching, M. C., Biffi, M., Granato, T. M. M. (2017). A mãe de primeira viagem: narrativas de mulheres em situação de vulnerabilidade social. *Psicologia em Estudo*. 21(2), 211-222.
- Adesoji, A. (2010), The Boko Haram Uprising and Islamic Revival in Nigeria, in: *Africa Spectrum*, 45, 2, 95-108.
- Aguiar, D. T., Silveira, L. C. & Dourado, S. M. N. (2011). A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica?, *Esc. Anna Nery*, 15 (03), 622-628.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2003). Da questão do método à busca do rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. *Ser e Fazer – Apresentação e Materialidade* (pp.36-43). São Paulo: IPUSP.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Ideias e Letras.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., Ayouch, T., Caron, R., & Beaune, D. (2009). Les récits transférenciels comme presentation du vecú clinique: une proposition methodologique. In D. Beaune (Org), *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues* (pp 39-52). Lille: L'Hamattan.

- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2010). Being in charge – new mothers' perceptions of reflective leadership and motherhood. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 409–417.
- Alves, A. M., Ferreira, C. S., Martins, M. A., Silva, S.T., Auwerter, T. C., & Zagonel, I. P. S. (2007). A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 12(4), 416-427.
- Badinter, E. (2011). *O conflito, a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record.
- Balaam, M-C., Kingdon, C. Thomson, G., Finlayson, K., & Downe, S. (2016). We make them feel special: the experiences of voluntary sector workers supporting asylum seeking and refugee women during pregnancy and early motherhood. *Midwifery*, 34(s/n), 133-140.
- Baraitser, L. (2006). Oi Mother, Keep Ye' Hair On! Impossible Transformations of Maternal Subjectivity. *Studies in Gender and Sexuality*, 7(3), 217-238.
- Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2012). Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. *Psicologia & Sociedade*, 24 (3), 577-587.
- Barclay, L., & Kent, D. (1998). Recent immigration and the misery of motherhood: a discussion of pertinent issues. *Midwifery*, 14(s/n), 4-9.
- Baubet, T., & Moro, R. M. (2013). *Psychopatologie Transculturelle*. França: Elsevier Masson.
- Behringer, J., Reiner, I., & Spangler, G. (2011). Maternal Representations of Past and Current Attachment Relationships, and Emotional Experience Across the Transition to Motherhood: A Longitudinal Study. *Journal of Family Psychology*, 25(2), 210–219

- Benjamin, W. (1992). O narrador: reflexões sobre a obra de Nikolai Leskov. In: W. Benjamin. *Sobre Arte, Técnica, Linguagem e Política* (pp. 27-57). Lisboa: Relógio D'Água. (Trabalho original publicado em 1936)
- Bernstein, R. E., Laurent, H. K., Measelle, J. R., Hailey, B. C., & Ablow, J. C. (2013). Little tyrants or just plain tired: evaluating attributions for caregiving outcomes across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 27(6), 851-861.
- Bleger, J. (1963). *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda, Volume 1. Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969)
- Brasil (2005). Política Nacional de Assistência Social – Norma Operacional Básica.
- Bruner, J. (2004). Life as narrative. *Social Research*, 71(3), 691-710.
- Brunton G., Wiggins M., & Oakley, A. (2011). Becoming a mother: a research synthesis of women's views on the experience of first-time motherhood. London: EPPI Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. Recuperado em 12 de maio, 2015, de http://www.ioe.ac.uk/Becoming_a_mother_2011Brunton_Report.pdf
- Cáceres-Manrique, F. M., Molina-Marín, G., & Ruiz-Rodríguez, M. (2014). Maternidade: um processo com diferentes nuances e construção de vínculos. *Aquichan*, 14(3), 316-326.
- Centro de estudos da Metrópole. (2004). *Mapa da vulnerabilidade da população da cidade de São Paulo*, São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento-Cebrap, do Serviço Social do Comércio-SESC e da Secretaria Municipal de Assistência Social de São Paulo, São Paulo.

- Churchill, A. C., & Davis, C. C. (2010). Realistic orientation and the transition to motherhood. *Journal of Social & Clinical Psychology, 29*(1), 39-67.
- Dantas, S. D., Ueno, L., Leifert, G. & Suguiura, M. (2010). Identidade, migração e suas dimensões psicossociais. *Rev. Inter. Mob. Hum, 18*(34), 45-60.
- Davoudian, C. (2012). Du délit d'existence au déni d'existence. Variations sur les papiers. In Cristine Davoudian, *Mères et bébés sans-papiers*. (pp.79-84). Paris: Eres.
- De Felice, E. M. (2006). Trajetórias da maternidade e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. *Mudanças, 14*(1), 7-17.
- Emmanuel, E., Creedy, D. K., John, W. St., Gamble, J., & Brown, C. (2008). Maternal role development following childbirth among Australian women. *Journal of Advanced Nursing, 64*(1), 18–26.
- Felgueiras, M. C. M. A., & Graça, L. C. C. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem, 3*(11), 77-84.
- Flick, U. (2014). *An Introduction to Qualitative Research*. Los Angeles: Sage.
- Freire, M. M. de L. (2009). *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV.
- Freud, S. (1901-1905). *Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira de Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo Maringá, 12*(2), 305-313.

- Ferrari, M., & Kaloustian, S. M. (1998). Introdução. In S. M. Kaloustian. *Família Brasileira a base de tudo*. (pp.11- 15). Brasília, DF: Cortez.
- Fulgencio, L. (2013). Metodologia de pesquisa em psicanálise na universidade. In: Conceição Aparecida Serralha; Fabio Scorsoni-Comin. (Org.). *Psicanálise e Universidade: em encontro na pesquisa*. (pp. 27-67). Curitiba: CRV.
- Gomes, M. A., & Pereira, M. L. D. (2005) Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10(2), 357-363.
- Gonçalves, K. C., Costa-Vargens, O. M., Progianti, J. M., & Spíndola, T. (2010). Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Ciência e enfermagem*, 16(2), 115-125.
- Gottlieb, A. (2012). *Tudo começa na outra vida: a cultura do recém-nascido no oeste da África*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp.
- Granato, T. M. M. (2000). *Tempo de gestar: Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária*. Dissertação de Mestrado, USP: São Paulo.
- Granato, T. M. M. (2004). *Tecendo a clínica winnicottiana da maternidade em narrativas psicanalíticas*. Tese de Doutorado, USP: São Paulo.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). I was looking for a different treatment. *Psychoanalytic Review*, 9 (4), 655- 667.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19 (44), 395-401.

- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico (PUCRS)*, 42(4), 494-502.
- Granato, T. M. M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia e Sociedade*, 23(n.spe.), 81-89.
- Granato, T. M. M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativa Interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 157-163.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Narrativas interativas sobre cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica*, 25 (ni), 17-35.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2016). Interactive narratives in the investigation of the collective imaginary about motherhood. *Estudos de Psicologia*, 33(1), 25-35.
- Henriques, C., Santos, M., Caceiro, E., & Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (spe2), 63-68.
- Herrman, F. (1992). *O divã a passeio*. São Paulo: Editora Brasiliense
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010) Censo Demográfico Nupcialidade, Fecundidade e Migração - Resultados da Amostra.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo Demográfico*. Recuperado em 06 de março, 2017 de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
- Janczura, R. (2012). Risco ou vulnerabilidade social? *Textos & Contextos*. 11(2), 301-308.

- Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M. R. (2009). A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, 20(2), 269-291.
- Leite, M., Rodrigues, D. P., Antonielly, A., Sousa, S., Melo, L. P. T., & Fialho, A. X. M. (2014). Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 115-124.
- Marandola Jr. E., & Hogan, D. J. (2006). As dimensões da vulnerabilidade. *São Paulo em Perspectiva*, 20(1), 33-43.
- Marandola Jr. E., & Hogan, D. J. (2009). Vulnerabilidade do lugar vs. Vulnerabilidade sociodemográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. *Rev. Brasileira de Estudos Populacionais*, 26 (2), 161-181.
- Marin, A. H., Gomes, A. G., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. (2011). A constituição da maternidade em gestantes solteiras. *Psico (Porto Alegre)*, 42(2), 246-254.
- Martin, V. B., & Angelo, M. (1999) A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 7 (4), 89-95.
- Martins, M. F. S. V. (2010). Imagens construídas em torno da gravidez. *Ciência e saúde coletiva*, 15(1), 1369-1375.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 17(4), 758-64.
- Miller, T. (2007). Is this what motherhood is all about? Weaving experiences and discourse through transition to first-time motherhood. *Gender & Society*, 21(3), 337-358.

- Moreira, R. L., Aguiar, C., & Rasesa, E. F. (2010). Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 529-537.
- Moro, M. R. (2010). *Grandir en situation transculturelle*. Bruxelles: Éditions Fabert.
- Moro, M. R. (2015). Psicoterapia transcultural da migração. *Psicologia USP*, 26(2), 186-192.
- Mortazavi, F., Chaman, R., Mousavi, S. A., Khosravi, A., & Ajami, M. E. (2013). Maternal psychological state during the transition to motherhood: a longitudinal study. *Asia Pacific Psychiatry*, 5(2), E49-57.
- Munoz, L. A., Sanchez, X., Arcos, E., & Vollrath, A. (2013). Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4), 919-925.
- Neves, P. R., Salim, N. R., Soares, G. C. F., & Gualda, D. M. R. (2013). Experiências de mulheres participantes de um grupo de gestantes: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(4), 862-871.
- Nicolson, P., & Fox, R. (2010). Constructions of pregnant and postnatal embodiment across three generations. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 575-585.
- Nunes, S. A. (2015). Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e Mal-estar. *Psicologia Clínica*, 23(2), 101-115.
- Ogden, T. H. (2005). On psychoanalytic writing. In: T. H. Ogden. *This art of psychoanalysis: dreaming undreamt dreams and interrupted cries* (pp. 109-123). London: Routledge.

- O'Heir, J. (2004). Pregnancy and childbirth care following conflict and displacement: care for refugee women in low-resource setting. *American College of Nurse Midwives*, 49(4), 14-18.
- Oliveira, T. M. (2008). *Atenção Primária e Consulta Terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária*. Tese de Doutorado, USP, São Paulo.
- Palkovitz, R., & Pal, G. (2009). Transition within fathering, *Fathering*, 7(1), 3-22.
- Piccinini, C. A., Carvalho, F. T., Ourique, L. R., & Lopes, R. S. (2012). Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-Natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 28(1), 27-33.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008) Gestação e constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Politzer, G. (1975). *Crítica dos fundamentos da psicologia*. Lisboa: Editorial Presença. (Trabalho original publicado em 1928)
- Prati, L. E., Couto, M. C. P. P., & Koller, S. H. (2009). Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento dos termos utilizados por terapeutas de famílias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 25(3), 403-408.
- Ramos, M. N. (2012). Migração, maternidade e saúde. *Repertório*, 18(s/n), 84-95.
- Rapoport, A., & Piccinini, C.A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(1), 85-96.
- Sevón, E. (2012). My life has changed, but his life hasn't: Making sense of the gendering of parenthood during the transition to motherhood. *Feminism&Psychology*, 22, (1), 60-80.

- Silva, L. R., Christoffel, M. M., Fernandez, A. M., & Santos, I. M. M. (2006). A importância da interação mãe-bebê no desenvolvimento infantil: a atuação da enfermagem materno-infantil. *Enfermagem UERJ*, 14(4), 606-612.
- Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Psicologia: teoria e prática*, 15(1), 19-34.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guilford Press.
- Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso.
- Sturm, G., Baubet, T., & Moro, M. R. (2010). Culture, trauma and subjectivity: The french ethno-psychoanalytic approach. *Traumatology*, 16(4), 27-38.
- Trentini, M., & Paim, L. (1999). *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial*. Florianópolis: UFSC.
- Travassos-Rodriguez, F., & Féres-Carneiro, T. (2013). Maternidade tardia e ambivalência algumas reflexões. *Tempo Psicanalítico*, 45(1), 111-121.
- Trillingsgaard, T., Elklit, A., Shevlin, M., & Maimburg, R. D. (2011). Adult attachment at the transition to motherhood: predicting worry, health care utility and relationship functioning. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 29(4), 354-363.
- Tonella, C. (2013). Precariedade urbana e vulnerabilidade social. O caso de Canãda Real Galiana, na Espanha. *Acta Scientiarum*, 35(2), 141-148.
- Vejar, C. M., Madison-Colmore, O. D., & TerMaat, M. (2006). Understanding the Transition from Career to Fulltime Motherhood: A Qualitative Study. *American Journal of Family Therapy*, 34(1), 17-31.

Vicente, C. M. (1998). O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção de vínculo. In S. M. Kaloustian. *Família Brasileira a base de tudo* (pp.47-76). Brasília, DF: Cortez.

Voll, J. O. (2015). Boko Haram: Religion and Violence in the 21st Century *Religions*. 6(s/n), 1182-1202.

Wikund, I., Edman, G., Larsson, C., & Andolf, E. (2009). First-time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1636–1644.

Winnicott, D.W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971)

Winnicott, D. W. (1975). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 13-58). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1951)

Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1967)

Winnicott, D. W. (1982). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Editora LTC. (Original publicado em 1957)

Winnicott, D.W. (1984). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).

Winnicott, D.W. (1990). *A Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1954)

- Winnicott, D. W. (1994). Nota sobre o relacionamento mãe-feto. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*. (pp. 127-128). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*. (pp. 195-202). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*. (pp. 70-76). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (1994). A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise. In D. W. Winnicott. *Explorações Psicanalíticas*. (pp. 77-81). Porto Alegre: Artmed. (Original Publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (1994). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados da Pediatria à Psicanálise* (pp. 269-285). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1945)
- Winnicott, D. W. (1994). Sobre o uso de um objeto. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*. (pp. 170-177). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1968)
- Winnicott, D. W. (2000). A observação de bebês em uma situação padronizada. In D. Winnicott, *Textos Selecionados da pediatria à psicanálise*. (pp.112-132). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1941)
- Winnicott, D. W. (2000). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Textos de Psicologia. (Original publicado em 1949a)
- Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise*. (pp.332-346). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1949b).

- Winnicott, D. W. (2000). Preocupação Materna Primária. In D. W. Winnicott, *Textos Seleccionados: Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1956)
- Winnicott, D. W. (2000). A mãe dedicada comum. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 1-11). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1949)
- Winnicott, D. W. (2000). Retraimento e regressão. In D. W. Winnicott. *Textos Seleccionados: Da Pediatria à Psicanálise*. (pp. 347-354). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1954)
- Winnicott, D. W. (2000). A dependência nos cuidados infantis. In. D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães*. (pp.73-78). Textos de Psicologia. (Original publicado em 1970)
- Winnicott, D. W. (2008). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. (pp. 152-155). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (2008). Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. (pp. 128-139). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1960).
- Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. (2012). Women’s experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(4), 185-190.
- Wedel, H. E., Wall, M. L., & Maftum, M. A. (2008). Sentimentos da mulher na transição gestação-puerpério. *Nursing*, 11(126), 501-506.

Wu, W., & Hung, C. (2015). First-Time mother psychiatric health status during the transition to motherhood. *Community Mental Health Journal*, online DOI 10.1007/s10597-015-9892-2.

Ximenes, D.A. (2010). Vulnerabilidade social. In Oliveira, D. A., Duarte, A. M. C., Vieira, L. M. F. *Dicionário: trabalho, profissão e condição docente*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação.

Yin, R. K. (2011). *Estudo de caso: planejamento e método*. Porto Alegre: Bookman.

Zanatta, E., & Pereira, C. R. R. (2015). “Ela enxerga em ti o mundo”: a experiência da maternidade pela primeira vez. *Temas em Psicologia*, 23(4), 959-972.

Zveiter. M., & Progianti, J. M. (2006). A dimensão psíquica valorizada nos cuidados imediatos ao recém-nascido. *Rev. Enferm. UERJ*, 14(4), 593-598.

ANEXOS

ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (PUC)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transição para a maternidade em situação de vulnerabilidade social

Pesquisador: Michele Carmona Aching

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34233914.9.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 802.542

Data da Relatoria: 15/09/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo irá investigar o impacto da vulnerabilidade social no estabelecimento da preocupação materna primária e na relação mãe-bebê. A metodologia é baseada no uso de Consultas Terapêuticas, que visa acompanhar as participantes deste estudo ao longo da gestação, parto e pós-parto. Os encontros serão individuais, semanal e com duração de 50 minutos. O registro dos encontros com as participantes será realizado após o término de cada atendimento, pela própria pesquisadora, por meio de narrativas transferenciais. Participarão desta pesquisa, em caráter voluntário, quatro mulheres adultas que estão alojadas em um abrigo para gestantes e puérperas (Centro de Acolhida – Amparo Maternal) no município de São Paulo, e que receberão atendimento psicológico ao longo da gestação e pós-parto.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como mulheres em situação de vulnerabilidade social vivem a experiência de maternidade e como se desenvolve a relação com seus bebês.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora aborda que a pesquisa não apresenta riscos às participantes, uma vez que ao abordar questões emocionais no contexto de um atendimento psicológico, qualquer tipo de sofrimento psicológico será manejado de acordo com o método psicoterapêutico psicanalítico e quando se mostrar necessário, será realizado encaminhamento para serviços de saúde ou

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 802.542

profissionais de outras especialidades. Os benefícios relatados . Dentre os benefícios relatados destaca-se que as participantes serão beneficiadas diretamente através do atendimento psicológico que receberão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa explora a questão da maternidade ameaçada pela situação de precariedade social, tendo como desdobramento o estabelecimento do vínculo mãe-bebê

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi apresentado

A carta de autorização foi apresentada

A folha de rosto foi apresentada.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado. Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUCCampinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 802.542

CAMPINAS, 23 de Setembro de 2014

Assinado por:
David Bianchini
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa “*Transição para a maternidade em situação de vulnerabilidade social*”, na qualidade de paciente da pesquisadora e psicóloga Michele Carmona Aching, CRP 08/82304, nesta instituição. Sua participação inclui a autorização de uso do material clínico de seu atendimento psicológico apenas para fins de pesquisa, sendo garantido o sigilo de seus dados de identificação. As sessões serão realizadas em uma sala reservada dentro do Centro de Acolhida do Amparo Maternal e terão duração de 50 minutos, serão realizadas aproximadamente 06 sessões visando seu acompanhamento durante todo o período de gestação, parto e puerpério.

A sua participação é voluntária e, portanto, sua recusa não acarretará qualquer prejuízo do acompanhamento psicológico que receberá ao longo de sua gestação, parto e pós-parto, enquanto estiver internada no Centro de Acolhida - Amparo Maternal.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender como mulheres em situação de vulnerabilidade social vivem a experiência de maternidade e como se desenvolve a relação com seus bebês. O benefício relacionado à sua participação será tanto o de ser amparada psicologicamente nesse processo de se tornar mãe, quanto o de produzir o conhecimento científico necessário para a melhoria do atendimento à saúde materno-infantil a mulheres que como você sofrem com as situações precárias de vida.

A Sra. receberá uma cópia deste termo, onde consta o celular/e-mail da pesquisadora responsável, podendo receber esclarecimentos sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida à Sra.

Se a Sra. tiver dúvidas durante a realização da pesquisa, ou mesmo depois dela ter se encerrado, poderá entrar em contato para esclarecê-las com a psicóloga Michele Carmona Aching, através do telefone (11) 98383-8086 ou pelo e-mail: michele.aching@gmail.com. Questões de ordem ética podem ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 17h00, tendo aprovado esta pesquisa. Endereço: Rod. Dom Pedro I, Km 136 – Pq. das Universidades - Campinas - SP - CEP: 13.086-900; telefone/fax: (19) 3343-6777; e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br.

Eu declaro ter sido informada e compreendido a natureza e objetivo desta pesquisa, motivo pelo qual concordo em participar deste estudo.

Nome: _____

Idade: _____ R.G. _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO 3: INFORMED CONSENT FORM

You are invited to participate in the research project "*Transition to motherhood in a vulnerable social context*", as a patient of the researcher and psychologist Michele Carmona Aching CRP 06/82304, in this institution. Your participation includes authorizing the use of clinical information obtained during your psychological care solely for research purposes. Any identifying information about you shall remain confidential.

Your participation is strictly voluntary and if you decline to sign this consent form, the psychological care that you receive during your pregnancy, childbirth and postpartum, while hospitalized In the Centro de Acolhida Amparo Maternal will not be compromised by any means, under any circumstances.

This research project aims to understand how women in a vulnerable social context experience motherhood and how they develop relationships and bonds with their babies. The benefits of participating in this research project include receiving psychological care during the process of transitioning to motherhood, as well as contributing to providing a scientific understanding that is necessary to improve the pre-natal, natal and post-natal care to women who, similarly to you, are dealing with very challenging life circumstances.

You will receive a copy of this release form, which will provide contact information for the researcher. You can contact her to clarify any questions and concerns regarding the project and your participation, now or at any point in the future. There will be two copies of this consent form - one will be kept in your files, the other will be given to you.

If you have any questions or concerns during the research process, or even after it is complete, you can contact the researcher and psychologist Michele Carmona Aching on (11) 98383-8086 or via email: michele.aching@gmail.com.

Ethical queries can be directed to the Ethics Committee on Research with Human Beings at Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Monday to Friday, from 8am to 5pm, who approved this research project. The physical address is: Dom Pedro I Road, Km 136 - Campinas - SP. Zip code: 13.086-900, phone number (19) 3343-6777. The email address is: comitedeetica@puc-campinas.edu.br.

I hereby declare that I have been informed and understand about this research project, and thereby agree to partake in this study.

Name: _____
Age: _____ ID number. _____
São Paulo, ____/____/____ (date)

Participant signature

Researcher signature