



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
COORDENAÇÃO DO CURSO DE PSICOLOGIA**

ISABELA MENDES DE MORAES MELLO

ENTRE O BERÇO E O LEITO: UMA VISÃO PSICANALÍTICA SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL E A DISPONIBILIDADE PSÍQUICA MATERNA

**TERESINA-PI
2025**

ISABELA MENDES DE MORAES MELLO

**ENTRE O BERÇO E O LEITO: UMA VISÃO PSICANALÍTICA SOBRE A
HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL E A DISPONIBILIDADE PSÍQUICA MATERNA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Estadual do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia,

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Ângela Sousa de Carvalho (Orientadora)

Prof. Dra^a. Maria Zilda Silva Soares

Psicóloga especialista Nathália Gomes Duarte

TERESINA-PI
2025

Dedico este trabalho aos meus quatro avós, fontes únicas de inspiração, amor e sabedoria.

Dedico também a Ângelo Rafael, in memoriam. Somos — e seremos sempre — oito. Seu lugar existe e resiste em mim.

A todas as mães que, entre o berço e o leito, reinventam diariamente a maternidade em meio à dor, ao medo e à esperança.

AGRADECIMENTOS

Ao olhar para o caminho percorrido até aqui, reconheço que este trabalho é fruto de muitas mãos, encontros e afetos que me atravessaram e me constituem. Escrevê-lo foi mais do que uma exigência acadêmica: foi um mergulho profundo em questões que me inquietam, me comovem e que me acompanham como futura psicóloga, pesquisadora e ser humano.

À minha família, por todo amor, incentivo e compreensão, mesmo diante das minhas ausências e da intensidade que este processo exigi.

À minha mãe, que sempre me oferece acolhimento e uma base firme para ser. Com ela aprendi a me defender, a resistir, a recomeçar. Quando as dificuldades da vida se mostram grandes, ela se mostra maior ainda. Obrigada por ser meu porto seguro, minha fortaleza de amor e resiliência.

Ao meu pai, que escuta minhas verborragias com paciência e atenção, que me acolhe e me ensina sobre fé, esperança e sobre plantar transformação no mundo sem calar diante das injustiças. Com ele aprendi que lutar com ternura também é uma forma de existir.

Ao meu irmão, que me ensina, com sua delicadeza silenciosa, a ser calma em meio às gritarias e correrias do mundo. Ele me mostra que há sempre um jeito criativo, sensível e colorido de ver a vida, mesmo quando ela insiste em se apresentar em tons de cinza.

Aos meus avós, fontes inesgotáveis de afeto, sabedoria e inspiração:

À minha avó Auxiliadora, *in memorian*, com quem aprendi a doçura das palavras ditas com calma e a escuta silenciosa que acolhe o outro por inteiro. Sua presença serena me ensinou que o cuidado também mora nos silêncios, nos gestos simples e no olhar atento. Obrigada por acolher minhas dúvidas e me impulsionar a sustentar as escolhas feitas ao longo desta vida.

À minha avó Marly, *in memorian*, que foi uma dessas mães entre o berço e o leito. Ela me ensinou a ser e a fazer, a colocar o corpo no mundo com força, coragem e energia criadora, a ser uma força da natureza, imparável e incontestável, sem perder a elegância e ternura.

Ao meu avô Mello, *in memorian*, que me ensinou a questionar, a refletir com profundidade e a me apaixonar pelo conhecimento — sem nunca perder a leveza e a alegria de brincar com a vida.

E ao meu avô Bonfim, que me mostra diariamente que não há problema sem uma nova forma de ver, sem uma invenção a ser criada. Com ele aprendi que há sempre um modo

original de fazer nascer alguma coisa boa, mesmo diante dos desafios.

À Ina, por ter sido sempre suporte e compreensão. Por ter celebrado comigo cada vitória e, sobretudo, por ter plantado em mim a semente da paixão por viajar — não apenas o mundo, mas também a academia e suas infinitas possibilidades de descoberta.

À minha tia Mônica e ao meu dindinho, por serem fonte inesgotável de amor, carinho e acolhimento. São inspiração viva de que a vida é feita de superações e dedicação.

Ao meu pontinho de paz. Com você, aprendi o valor do silêncio confortável, do toque que acolhe, do olhar que entende sem precisar de explicações. Obrigada por ser contorno quando o mundo parece difuso, por ser abrigo quando tudo grita lá fora, por ser impulso quando me falta força. Em meio ao cansaço e às exigências desse percurso, você foi o lugar seguro onde pude descansar, me reencontrar e me reanimar. Obrigada por caminhar ao meu lado, com amor, escuta e coragem — por ser casa, porto e voo ao mesmo tempo.

Aos colegas de jornada, Laura Reis (minha duplinha), Raiane Rodrigues, Pedro Félix e Iza Maria, em especial. Amizades que nasceram por trás das telas do computador, mas que nunca tiveram nada de artificiais em seus afetos. Obrigada pelos passeios inesperados que impediram tantos dias de terminar em tristeza, por serem grupo de apoio terapêutico em tempos difíceis, por me acolherem como sou e por serem exatamente quem são. Na singularidade de cada um, construímos um reino onde todos somos rainhas.

Agradeço à minha orientadora, Ângela Carvalho, por me apresentar a Winnicott e sua sensibilidade. E por me guiar em meio às complexidades do pensamento psicanalítico e da escrita acadêmica. Obrigada por confiar no meu processo.

À professora Zilda, por ter segurado minha mão durante a supervisão clínica, com firmeza e sensibilidade. Obrigada por acreditar em mim e, mais uma vez, por aceitar estar presente na banca deste trabalho. Sua presença é porto e potência neste percurso.

Minha gratidão à minha supervisora Nathália Duarte, que me ensinou que o cuidado atravessa a técnica — e que brincar, acolher e estar verdadeiramente com o outro também são atos de ciência e afeto.

Às instituições nas quais estagiei e aprendi: em especial ao hospital, às enfermeiras, às mães, bebês, crianças, profissionais e equipes que me permitiram observar e sentir — com os olhos, com o corpo e com a alma — os sentidos profundos da hospitalização infantil. A vocês, minha mais profunda gratidão. É por cada história escutada que este trabalho se fez possível.

Agradeço a Deus, à espiritualidade, aos meus guias, orixás e a Dona Maria Léguá, por se manterem próximos de mim neste momento. Por abrirem caminhos, por sustentarem minha fé mesmo, por serem presença, força e proteção ao longo da minha existência.

RESUMO

Esta monografia investiga os efeitos da hospitalização pediátrica sobre a disponibilidade psíquica materna, sob a perspectiva psicanalítica. O objetivo geral trata de compreender como o ambiente hospitalar impacta a função materna, enquanto os objetivos específicos incluíram compreender a constituição da disponibilidade psíquica materna sob a linha freudiana e winniciottiana e explorar os desafios impostos pelo ambiente hospitalar. Para isso, adota-se uma metodologia teórico-conceitual, com abordagem qualitativa e fundamentação exegética, por meio da análise bibliográfica de textos clássicos da psicanálise, sobretudo de Sigmund Freud e Donald Winnicott, bem como de produções contemporâneas que dialogam com a maternidade, a hospitalização infantil e a disponibilidade psíquica materna. O primeiro capítulo explora a formação e importância da disponibilidade psíquica para o exercício da função materna, destacando as identificações inconscientes, aspectos sociais e psíquicos, além da articulação com conceitos como preocupação materna primária, *holding*, *handling* e apresentação de objetos, que sustentam o vínculo mãe-bebê. O segundo capítulo aborda os efeitos do ambiente hospitalar sobre a subjetividade materna, demonstrando como a lógica técnico-assistencial, a rigidez institucional e a medicalização dos cuidados interferem na presença afetiva da mãe, produzindo sentimentos de impotência, culpa e desautorização de saberes. Compreende-se que, como o bebê, a mãe também necessita de um ambiente suficientemente bom para exercer sua função, de modo que, ao desconsiderar a subjetividade materna, o hospital fragiliza o vínculo mãe-bebê e compromete o desenvolvimento da maternagem e da criança hospitalizada. Conclui-se que a humanização do cuidado hospitalar deve incluir o reconhecimento da mãe como sujeito do cuidado, e criação de espaços que sustentem a presença materna de forma contínua.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Disponibilidade psíquica materna; Hospitalização infantil.

ABSTRACT

This undergraduate thesis examines the impact of pediatric hospitalization on maternal psychological availability through a psychoanalytic lens. The general objective is to elucidate how the hospital environment affects the maternal function, with specific objectives to explore the formation of maternal psychological availability from Freudian and Winnicottian perspectives and to analyze the challenges posed by hospital settings. Employing a theoretical-conceptual methodology with a qualitative, exegetical approach, the study draws on bibliographic analysis of classical psychoanalytic texts by Sigmund Freud and Donald Winnicott, complemented by contemporary scholarship on maternity, pediatric hospitalization, and maternal psychological availability. The first chapter investigates the development and significance of psychological availability in the maternal function, highlighting subconscious identifications, socio-psychological dimensions, and concepts such as primary maternal preoccupation, holding, handling, and object presentation, which sustain the mother-infant bond. The second chapter assesses the hospital environment's influence on maternal subjectivity, illustrating how technical-assistential logic, institutional rigidity, and medicalized care disrupt the mother's affective engagement, fostering feelings of impotence, guilt, and devaluation of maternal knowledge. Like the infant, the mother requires a sufficiently good environment to perform her role; by neglecting maternal subjectivity, hospitals undermine the mother-infant bond, hindering maternal development and the hospitalized child's well-being. The thesis concludes that humanizing hospital care necessitates recognizing the mother as a caregiving subject and establishing spaces that consistently support her presence.

KEYWORDS: Psychoanalysis, Maternal psychological availability, child hospitalization.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. PERCURSO METODOLÓGICO: A PESQUISA PSICANALÍTICA.....	14
2.COMO NASCE UMA MÃE? A FORMAÇÃO DA DISPONIBILIDADE PSÍQUICA MATERNA E OS FUNDAMENTOS SIMBÓLICOS DO CUIDADO.....	17
3. O AMBIENTE HOSPITALAR E O AMBIENTE SUFICIENTEMENTE BOM.....	32
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	45

INTRODUÇÃO

A legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1991), assegura o direito de crianças e adolescentes hospitalizados de serem acompanhados por um dos pais ou responsável durante todo o período de internação. Na prática, em muitas situações, segundo Menezes e Maia (2020), apenas um sujeito participa ativamente como cuidador direto, de modo que as mães assumem esse papel de acompanhantes principais em 82% dos casos. Essa realidade, evidencia mais do que um direito: aponta para a sobreposição histórica e social da função materna à figura da mulher, especialmente em contextos de cuidado e vulnerabilidade, como o da hospitalização infantil. A maternidade – um processo psíquico complexo que vai além do ato de gerar e dar à luz, perpassando mudanças e adaptações físicas, psíquicas, hormonais, sociais e afetivas – assume contornos ainda mais profundos nesse contexto, uma vez que o evento da hospitalização infantil desafia tanto as representações sociais quanto as estruturas emocionais que sustentam a relação entre a criança e seus cuidadores (Brun, 2021).

Essa reflexão adensou-se à minha trajetória pessoal e acadêmica a partir de uma experiência em estágio extracurricular na Oncopediatria de um hospital em Teresina, Piauí. Nessa vivência, pude me aproximar do cuidado voltado ao público infantil e da prática em ambientes hospitalares — dois interesses que vêm atravessando minha formação. Tal experiência revelou a riqueza do referencial da psicologia hospitalar e da psicologia infantil, acessível tanto em bases acadêmicas quanto nas disciplinas cursadas. No entanto, uma inquietação inesperada emergiu ao acolher as mães, diante de suas vivências singulares. Como escutar e sustentar essas mulheres diante da experiência do adoecimento de seus filhos? A predominância das mães como acompanhantes principais reforça a urgência de um olhar mais atento para os processos subjetivos que sustentam essa presença. Torna-se necessário, assim, compreender como se constitui psiquicamente a função materna, para além de um papel social atribuído, reconhecendo as operações inconscientes que autorizam ou desafiam esse exercício.

Foi nesse ponto de interrogação que a psicanálise se apresentou como um caminho teórico fértil. As contribuições de autores clássicos como Sigmund Freud e Donald Winnicott oferecem instrumentos valiosos para pensar a maternidade não apenas como função social ou biológica, mas como experiência subjetiva inscrita no campo do simbólico. Sob esse referencial, emerge o conceito de disponibilidade psíquica materna, compreendido como o

conjunto de condições internas e operações simbólicas que permitem à mãe ou cuidador primário investir afetivamente no bebê, sustentando sua constituição psíquica (Carvalho, 2021).

Dessa forma, sustentar a função materna envolve a mobilização de recursos emocionais que autorizam esse lugar psíquico diante de cada filho. No contexto da hospitalização, essa disponibilidade pode ser profundamente abalada pelas exigências do ambiente hospitalar e pelas angústias mobilizadas pelo adoecimento (Pazian, 2007). Estudar a disponibilidade psíquica materna nesse cenário torna-se essencial para compreender os desafios enfrentados por essas mulheres que, mesmo diante de inseguranças, frustrações e culpas, buscam manter o vínculo com seus filhos.

A relevância desta pesquisa se inscreve, primeiramente, no campo da teoria psicanalítica, ao se dedicar ao aprofundamento de um conceito estruturante: a função materna em sua dimensão subjetiva. Embora amplamente abordada nos clássicos da psicanálise e nos estudos do desenvolvimento infantil, essa função carece de investigações que considerem os contextos de vulnerabilidade em que se insere, como é o caso da hospitalização pediátrica. Ao voltar o olhar para a constituição da disponibilidade psíquica materna nesses cenários, o estudo pretende ampliar as compreensões já consolidadas sobre o vínculo mãe-bebê, revelando seus atravessamentos em situações adversas.

Além de seu valor teórico, a pesquisa apresenta implicações importantes para a prática em saúde, sobretudo na interface entre psicologia hospitalar e atenção materno-infantil. Ao considerar a mãe como sujeito atravessado por conflitos, angústias e necessidades psíquicas próprias, pode-se favorecer o desenvolvimento de escutas mais qualificadas, de estratégias de cuidado mais abrangentes e de intervenções que reconheçam a maternidade como experiência profundamente afetada durante a internação de uma criança. Compreender os efeitos da hospitalização sobre a subjetividade materna pode, portanto, contribuir para o fortalecimento de práticas assistenciais e para a humanização do ambiente hospitalar.

Diante desse fenômeno complexo, esta pesquisa tem como objetivo geral compreender os efeitos da hospitalização pediátrica sobre a disponibilidade psíquica materna. O primeiro objetivo específico, que fundamenta o capítulo inicial, é investigar, à luz da psicanálise de Sigmund Freud, Donald Winnicott e seus intérpretes contemporâneos, como se constitui esse processo, explorando os fundamentos que sustentam a função materna como

operação simbólica e investimento afetivo. Já o segundo objetivo, abordado no capítulo seguinte, concentra-se em explorar as condições concretas do ambiente hospitalar e a forma como seus elementos impactam os movimentos psíquicos maternos. Ao integrar essas duas dimensões — conceitual e experiencial —, o estudo visa evidenciar a relação entre a estrutura emocional da mãe e as demandas do cuidado em contextos de saúde fragilizada, promovendo articulações entre teoria psicanalítica e a prática da psicologia hospitalar.

- ECA (1991): direito de crianças e adolescentes hospitalizados de serem acompanhados por um dos pais ou responsável durante todo o período de internação.
- Na prática → 82% dos acompanhantes são mães → sobreposição social da função materna à figura da mulher
- A hospitalização infantil intensifica os desafios emocionais e simbólicos da maternidade (Brun, 2021).
- A vivência em estágio na Oncopediatria → como sustentar, escutar e compreender a mãe no cenário do adoecimento do filho?
- A psicanálise oferece ferramentas para pensar a maternidade como experiência subjetiva, marcada por investimentos afetivos e operações simbólicas (Carvalho, 2021).

1. PERCURSO METODOLÓGICO: A PESQUISA PSICANALÍTICA

*A psicanálise é
Em essência
Uma cura pelo amor.
(Sigmund Freud)*

A partir de uma compreensão ampliada do sofrimento psíquico, esta pesquisa tem como objeto a disponibilidade psíquica materna no contexto da hospitalização infantil, compreendendo que a mãe, enquanto acompanhante da criança adoecida, é profundamente mobilizada psíquica e afetivamente por essa experiência. O adoecimento do filho frequentemente desperta angústias ligadas ao medo, à culpa e à impotência, bem como à perda simbólica de um ideal de maternidade.

Diante disso, este estudo adota o método psicanalítico como caminho de investigação, reconhecendo sua capacidade de abordar a complexidade da experiência humana em sua dimensão inconsciente. Nesse âmbito, a pesquisa psicanalítica, conforme explicita Rezende (1993), pode ser desenvolvida por meio de três modalidades: exegese, realizada a partir de livros, através da leitura; hermenêutica, que acontece no mundo, com a atitude de pensar as vivências e interpretação, que ocorre na clínica, com a escuta e transferência.

Esta pesquisa se define metodologicamente como exegética, também compreendida como pesquisa teórica ou bibliográfica, realizada a partir da leitura, análise e interpretação crítica da produção textual. Nesse tipo de investigação, o campo de pesquisa é a biblioteca, e a leitura assume uma posição ativa de escuta e interlocução com os textos. Nas ciências humanas – das quais a psicanálise faz parte – a interpretação é fundamental, pois os símbolos são polissêmicos, exigindo do pesquisador um trabalho constante de construção de sentidos, em contraste com a univocidade típica das ciências formais (Rezende, 1993). Assim, investigar em psicanálise implica reconhecer a polissemia como característica do campo simbólico e compreender que a verdade, nesses termos, se constroi a partir da crítica e do consenso interpretativo.

Nesse sentido, esta investigação é orientada pela produção teórica de Sigmund Freud e Donald Winnicott, cujas obras centrais constituem a base epistemológica do trabalho, tendo vista a contribuição singular de ambos para a compreensão da constituição psíquica e das funções parentais, especialmente a materna. Assim, ambos os autores oferecem instrumentos

teóricos consistentes para refletir sobre os efeitos da hospitalização no vínculo mãe-bebê e nos processos subjetivos envolvidos na constituição da disponibilidade psíquica materna. Além disso, foram utilizadas produções secundárias de autores que interpretam, atualizam e ampliam os referenciais desses dois autores. Nesse sentido, a pesquisa teórica em psicanálise permite que o pesquisador desenvolva reflexões profundas a partir de teorias estabelecidas, contribuindo para o avanço do pensamento psicanalítico por meio da criação de novas conexões e interpretações conceituais (Mezan, 2002).

A escolha por uma abordagem qualitativa fundamenta-se na própria natureza da psicanálise, que, segundo Mezan (2002) e Rezende (1993), se sustenta na escuta aprofundada de casos e fenômenos singulares, buscando compreender o sujeito em sua complexidade, e não reduzir a experiência humana a generalizações estatísticas. Nesse sentido, a abordagem qualitativa parte do reconhecimento de que o universo simbólico, as experiências subjetivas e os significados atribuídos pelos sujeitos às suas vivências não podem ser reduzidos à quantificação, mas requerem uma escuta atenta à complexidade e à singularidade das experiências humanas (Minayo, 2019). Como salienta Bonfim (2023), a singularidade do método psicanalítico reside na sua referência ao inconsciente e na impossibilidade de sistematização completa do objeto estudado. A construção metodológica, nesse contexto, não se dá pela rigidez de um protocolo, mas pela apropriação subjetiva do pesquisador, que, à semelhança do analista, estabelece um percurso único de escuta, análise e interpretação.

Tal percurso, no caso desta pesquisa, foi conduzido por uma análise crítica da literatura especializada sobre a função materna e a disponibilidade psíquica materna no contexto da hospitalização infantil. O levantamento bibliográfico incluiu artigos científicos, dissertações, teses e livros publicados em português, priorizando fontes relevantes da teoria psicanalítica clássica e contemporânea. Como destacam Prodanov e Freitas (2013), na pesquisa psicanalítica, os dados podem ser extraídos de diferentes tipos de materiais, desde que sejam transformados em texto e analisados à luz dos conceitos psicanalíticos.

Além disso, é fundamental destacar, conforme Fulgencio (2013), que a produção de conhecimento teórico em psicanálise requer um caminho metodológico distinto da clínica. O pesquisador, ainda que parte da teoria do desenvolvimento psíquico, precisa delimitar com clareza os textos que serão lidos, a ordem de leitura, os objetivos que orientam essa escolha e os conceitos que pretende articular. Essa explicitação torna o percurso visível, comunicável e passível de ser retomado por outros pesquisadores, atendendo aos critérios de rigor exigidos

pela pesquisa teórica.

Por fim, seguindo o alerta de Freud (1912 *apud* Fulgencio, 2013), esta pesquisa reconhece que investigar a teoria e a prática psicanalítica sem ter passado por um processo de análise pessoal pode comprometer a profundidade da compreensão do método. Assim, embora se trate de uma pesquisa teórica, ela se ancora também em uma vivência ética e afetiva com a psicanálise, entendida como um saber que se constitui no encontro com a palavra, com o sofrimento e com a experiência do outro.

Pesquisa exegética de abordagem qualitativa, sustentada pelo método psicanalítico.

Pesquisa exegética

Investigação centrada na leitura, análise crítica e interpretação simbólica de textos (Rezende, 1993).

Base epistemológica nas obras de Freud e Winnicott

Inclusão de autores contemporâneos que ampliam, atualizam e interpretam esses referenciais (Mezan, 2002; Fulgencio, 2013).

 **Percorso investigativo:**

Análise crítica da literatura especializada sobre função materna e disponibilidade psíquica materna no contexto da hospitalização infantil.

Base epistemológica nas obras de Freud e Winnicott + intérpretes contemporâneos

Fontes: artigos, dissertações, teses e livros em português sobre função materna e disponibilidade psíquica materna no contexto da hospitalização infantil.

A pesquisa psicanalítica exige atenção às nuances simbólicas, ao indizível e à complexidade do sofrimento psíquico (Bonfim, 2023).

A pesquisa reconhece que sem vivência analítica pessoal, o entendimento do método pode ser limitado (Freud, 1912 *apud* Fulgencio, 2013).

2. Como nasce uma mãe? a formação da disponibilidade psíquica materna e os fundamentos simbólicos do cuidado

“O primeiro espelho da criatura humana é o rosto da mãe: a sua expressão, o seu olhar, a sua voz [...]. É como se o bebê pensasse: 'Olho e sou visto, logo, existo!'”
(Donald Winnicott, 1967).

Este capítulo tem como propósito examinar, à luz da psicanálise, os fundamentos que sustentam a constituição da função materna como operação simbólica e modalidade de investimento afetivo. O percurso analítico parte das formulações freudianas sobre a origem das formações psíquicas, atravessa as contribuições de Winnicott acerca da mãe-ambiente, da preocupação materna primária e dos mecanismos que sustentam o amadurecimento emocional, e amplia-se com os aportes de autores contemporâneos que discutem as implicações subjetivas da maternidade.

Para tanto, retoma-se o início da vida psíquica e os modos pelos quais o psiquismo do bebê se organiza a partir da experiência de cuidado, com ênfase na presença de um ambiente suficientemente bom. Como aponta Winnicott (1983, p. 65), “precisamos chegar a uma teoria do amadurecimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades”. Nessa direção, compreender os alicerces internos e ambientais da disponibilidade psíquica materna torna-se etapa fundamental para que, nos capítulos seguintes, seja possível analisar os efeitos provocados pela hospitalização infantil sobre essa função psíquica.

No início da vida, o bebê encontra-se em um estado de extrema vulnerabilidade e desamparo, vivenciando o que Winnicott (1960/2011) descreveu como dependência absoluta. Parece óbvio afirmar que bebês não conseguem cuidar de si mesmos, e talvez por isso a dimensão da dependência passe, por vezes, despercebida. A partir disso, cabe refletir que essa incapacidade de atender às próprias necessidades revela não apenas uma condição fisiológica de desamparo, mas também um aparelho psíquico em sua forma mais primitiva. Nessa lógica, além do que se percebe comumente que um bebê é fisicamente incapaz de satisfazer suas necessidades, é essencial compreender que ele sequer teria recursos internos suficientes para dar sentido a essas tensões que emergem do seu corpo.

Essa condição de desamparo primitivo ganha contornos ainda mais complexos quando se comprehende que, diferentemente de outros animais, o bebê humano não nasce com os circuitos instintivos completamente definidos. Como afirma Jerusalinsky (2005):

Biologicamente, já de saída, para qualquer animal o mundo está organizado em função de uma série de signos que ele percebe e dos quais se dá conta porque já está

organicamente definido o objeto, a coisa, a sensação, em torno da qual seu comportamento depara (p. 52).

Nesse âmbito, para os outros animais, há uma organização instintiva que permite reconhecer e responder a determinados estímulos desde o nascimento. Já o bebê humano, ao vivenciar um desconforto interno como a fome, não dispõe de qualquer estrutura simbólica que o ajude a identificar essa sensação, tampouco comprehende o que precisa ser feito para aliviá-la.

Nesse sentido, Freud (1895 *apud* Garcia-Roza 1984/2004), ao formular o conceito de inércia neurônica, descreve o funcionamento do aparelho psíquico rudimentar como regido pela tendência à eliminação das excitações internas por via motora. Isto é, diante de uma necessidade como a fome, o bebê é tomado por uma excitação intensa e sem nome, que precisa ser descarregada, entretanto, por ser incapaz de representar ou simbolizar o que sente, sua única possibilidade de resposta é motora: chorar, gritar, espernear. Tais manifestações corporais têm como objetivo descarregar a tensão, mas não são eficazes na eliminação da causa interna do desprazer, como observa Garcia-Roza (1984/2004):

Gritar e agitar as pernas não elimina, porém, o estado de tensão decorrente da necessidade. Um estímulo externo, dependendo de sua natureza, poderia ser eliminado através dessa conduta, mas a excitação decorrente de uma necessidade interna age de forma contínua e só é eliminada pela ação específica que o recém-nascido é incapaz de executar. Essa ação só pode ser empreendida através de auxílio externo (a mãe ou a pessoa responsável pelo fornecimento do alimento) e somente através desse auxílio o bebê atinge a ‘experiência de satisfação’ que põe fim ao estímulo interno (p. 37).

Ou seja, é apenas a presença de um próximo prestativo¹ que torna possível a transição da excitação bruta à experiência de satisfação, permitindo a construção progressiva de um psiquismo capaz de simbolizar e integrar suas vivências.

Nesse âmbito, inscreve-se a figura materna, que não se define apenas pela gestação ou pelo cuidado físico do bebê, mas pela complexa função psíquica de sustentar um sujeito em constituição. Diante disso, esse fenômeno é marcado pela construção da diáde mãe-bebê, posto que desde os primeiros momentos, a mãe e o bebê se engajam em um processo identificatório, no qual a mãe começa a ver o bebê não apenas como um objeto de cuidado, mas também como uma extensão de si mesma. Winnicott (1956/2021) enfatiza que a função materna transcende o instinto biológico, criando um ambiente que facilita o desenvolvimento psíquico do bebê:

¹Freud utiliza a palavra *nebenmensch*, que significa o outro próximo, atento e prestativo para o bebê desamparado (Freud, 1895/2019, p. 32).

Diz-se frequentemente que a mãe de um bebê é biologicamente condicionada para a sua tarefa de lidar de modo todo especial com as necessidades do bebê. Em linguagem mais comum, existe uma identificação — consciente mas também profundamente inconsciente — que a mãe tem com o seu bebê (Winnicott, 1956/2021, p. 399 - 400).

Essa concepção destaca que a mãe, por meio de uma identificação profunda, cria um ambiente suficientemente bom que permite ao bebê enfrentar suas tensões internas e desenvolver sua subjetividade, indo além de respostas automáticas para envolver um investimento psíquico criativo.

A primeira experiência de satisfação vivida pelo bebê, descrita por Teperman (2012), marca o início de uma trilha psíquica fundamental: ao emitir um grito diante de um estímulo interno difuso, o bebê encontra na resposta da mãe — que interpreta esse grito como um apelo — a possibilidade de alívio, criando assim um rastro mnêmico. Essa trilha, nos termos freudianos, corresponde às *Bahnung*, vias facilitadas por uma experiência anterior de satisfação (Teperman, 2012). A partir daí, o bebê, embora totalmente dependente, já não é absolutamente passivo: responde com sua singularidade às palavras, gestos e ritmos da mãe, suportando mais ou menos tempo de espera, segundo sua própria organização subjetiva.

Essa capacidade de resposta aponta para o que Jerusalinsky (2009) identifica como a operação constitutiva da demanda, na qual o grito é transformado pela mãe em uma solicitação passível de interpretação, o que introduz o bebê no campo da linguagem e do desejo. A partir dessa leitura, observa-se como o cuidado materno excede a dimensão funcional, assumindo um caráter simbólico determinante na estruturação do sujeito. Essa transformação do grito em demanda — articulada à capacidade materna de supor um sujeito ali onde ainda não há linguagem — encontra respaldo no eixo da suposição de sujeito e do estabelecimento da demanda², tal como proposto no protocolo Indicadores Clínicos de Referência para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) (Silva *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, a presença materna não opera apenas pela satisfação das necessidades, mas por uma escuta sensível que reconhece e traduz os sinais brutos do bebê em significações possíveis. Como pontua Winnicott (1956/2000), essa atitude psíquica exige da mãe uma dedicação intensa e transitória, frequentemente associada a um estado de quase-loucura, pois ela se desorganiza temporariamente para estar em sintonia com as

² O eixo *Estabelecimento de Demanda* refere-se ao reconhecimento, por parte do cuidador, de manifestações iniciais do bebê como um pedido dirigido a ele, o que inaugura uma relação simbólica. Já o eixo *Suposição do Sujeito* diz respeito à antecipação, por parte do adulto, da existência de um sujeito psíquico no bebê, possibilitando sua constituição como tal (Silva *et al.*, 2021).

necessidades não verbalizadas do bebê. Essa “loucura necessária” é justamente o que permite a constituição de um ambiente psíquico suficientemente bom, em que a mãe sustenta, simboliza e regula as experiências do bebê, inaugurando as primeiras inscrições psíquicas do sujeito.

Tal estado psíquico singular, é descrito por Winnicott (1958/2011) como preocupação materna primária — um estado de identificação quase fusional com o bebê, no qual a mãe se torna capaz de antecipar suas necessidades e oferecer cuidados altamente ajustados ao seu mundo interno. O autor coloca, ainda, que se trata de uma espécie de "sensibilidade extrema" a qual só é possível em uma mãe suficientemente saudável para nela adentrar e, posteriormente, se recuperar (Winnicott, 1956/2000).

Essa compreensão aprofunda o que Winnicott (1963/1983) já indicava ao afirmar que a constituição do psiquismo infantil depende de um ambiente suficientemente bom, em que a figura materna esteja apta a acolher o bebê em sua dependência absoluta. Nesse sentido, a preocupação materna primária manifesta-se desde a gravidez, quando a mãe começa a identificar-se com o bebê, concebendo-o como um objeto interno em seu psiquismo e desviando seu interesse do próprio self para ele. Esse processo, envolve a elaboração psíquica necessária para que a mãe crie um espaço mental para o bebê, transformando-o de um estrangeiro em um ser familiar (Aragão, 2007). Tal identificação se manifesta como condição subjetiva necessária para que a mãe se identifique com as necessidades do bebê, sustentando-o emocionalmente antes mesmo de ele possuir recursos psíquicos próprios para isso.

Além disso, Saboia e Kupfer (2024) ampliam esse entendimento ao descrever como, nessas experiências iniciais de vínculo, forma-se o que Winnicott denomina espaço potencial — uma zona intermediária entre o mundo interno e o mundo externo, onde se inicia o processo de simbolização. Nesse espaço relacional, o bebê começa a elaborar a realidade, a construir sentidos e a criar os primeiros esboços de subjetividade. Esse campo de experiência só pode emergir quando há uma presença materna suficientemente responsiva, capaz de sustentar a ilusão de onipotência do bebê por meio de uma adaptação empática. A mãe torna-se, assim, a “mediadora do real”, oferecendo ao bebê a possibilidade de viver uma transição gradual entre fantasia e realidade, essencial para o desenvolvimento da criatividade e da capacidade de simbolização.

Essa identificação é essencial para que a mãe traduza os estados emocionais do bebê

em comunicação (Rocha, 2006). Trata-se, portanto, de um campo relacional no qual o bebê encontra, por meio da mãe, um ambiente continente, que acolhe suas angústias iniciais e promove sua organização psíquica. Nesse sentido, as contribuições de Bion (1962/1991 *apud* Jesus; Zornig, 2021) são valiosas ao conceituar a função continente como a capacidade materna de transformar conteúdos psíquicos brutos — os chamados elementos beta — em experiências pensáveis, ajudando o bebê a dar sentido ao que sente.

Nesse contexto, emerge o conceito da "mãe dedicada comum" ou "suficientemente boa", aquela capaz de adaptar-se de forma dinâmica às necessidades do bebê, estando inicialmente completamente dedicada a ele, em detrimento de si própria e do mundo externo, mas que passa a frustrá-lo a medida em que o mecanismo psíquico do bebê amadurece (Winnicott, 1957/2012). Para que essa dedicação se concretize, é necessário que certos mecanismos psíquicos estejam em operação, permitindo que a mãe se volte intensamente para os cuidados do bebê. Como destaca o autor, isso significa que a mãe pôde não somente "[...] dedicar-se integralmente a esta preocupação com os cuidados para com o seu bebê, mas, também, que ela teve sorte." (Winnicott, 1957/2012 p. 6).

Compreender a função materna, portanto, exige considerar não apenas o modo como ela se expressa, mas também os fatores que a tornam possível. A noção de "sorte" evocada por Winnicott (1957/2012) nos conduz ao conceito de disponibilidade psíquica materna — um estado que depende tanto de aspectos intrapsíquicos quanto de condições ambientais. Tal disponibilidade psíquica materna não se trata de um atributo espontâneo, mas de uma construção subjetiva permeada por fatores inconscientes, históricos e culturais. A maternidade, assim, demanda da mulher uma reconfiguração do seu status existencial, no qual o ser-mãe assume um papel central na organização de sua identidade.

Contudo, mesmo que o bebê disponha de uma apetência simbólica (Cullere-Crespin, 2004 *apud* Saboia; Kupfer, 2024) e manifeste capacidades interativas desde os primeiros momentos de vida, é imprescindível a presença de um adulto capaz de responder afetivamente a essas demandas. A função materna, nesse sentido, não se limita a uma presença física, mas requer um sujeito psíquica e continuamente disponível, que possibilite ao bebê reconhecer-se como sujeito a partir do olhar e do afeto do outro. Essa presença, como assinala Winnicott (1956/), não se dá de forma isolada, pois não há bebê fora da relação; há, sim, um campo relacional que estrutura psiquicamente ambos os polos da diáde.

Diante disso, importa sublinhar que, na fase de dependência absoluta, o bebê

encontra-se totalmente imerso no ambiente materno e não dispõe de recursos para perceber ou julgar a qualidade do cuidado que recebe (Carvalho, 2021). Como enfatiza Winnicott (1963/ 1983), ele apenas está em posição de se beneficiar ou de sofrer os efeitos de uma falha ambiental, sendo sua principal tarefa a de simplesmente “continuar a ser”. Quando essa continuidade é rompida, ou seja, ocorrem as falhas maternas, estas não são interpretadas como tais, mas vivenciadas como ameaças existenciais, experiências de aniquilamento frente às quais o bebê não possui defesas. O ego, ainda em constituição, não é capaz de tolerar frustrações significativas, e a ausência de um ambiente suficientemente bom pode comprometer todo o processo de subjetivação. Nesse contexto, a consistência e a regularidade com que a mãe desempenha sua função, sustentando os cuidados com ritmo e presença ao longo do tempo, são fundamentais. Essa constância permite que o bebê vivencie a ilusão de onipotência, um elemento crucial, segundo Winnicott (1962/1983), para a construção de uma confiança básica

Nesse sentido, é em um ambiente permeado pela presença psíquica do cuidador, que o bebê pode sentir-se em segurança para iniciar sua inscrição no laço social. Porém, essa movimentação não acontece de forma desamparada, Carvalho (2021) enfatiza, ainda, que é preciso haver uma estrutura que ampare a mãe para que ela possa exercer essa função de sustentação. Ou seja, ela depende de um suporte emocional e material oferecido por outro – geralmente o pai ou alguém que exerce simbolicamente essa função. É a partir do acolhimento da necessidade materna por parte dessa figura que a mãe pode se sentir autorizada a investir profundamente no vínculo com o bebê. Tal processo evidencia que o cuidado materno não é exclusivamente individual, mas relacional, exigindo um entorno que reconheça, sustente e legitime a entrega da mãe à tarefa de cuidar. Desse modo, o ambiente suficientemente bom é também aquele que permite à mãe desinvestir-se temporariamente de outras demandas para tornar-se, por um tempo, quase exclusivamente dedicada ao bebê – condição essencial para a fundação do eu do infante.

Aprofundando essa reflexão, Monteiro (2004) argumenta que, quando sustentada por um ambiente favorável, é possível ir além de cuidados mecânicos, manifestando-se em práticas que brotam de um estado emocional profundamente singular – a disponibilidade psíquica materna. Essas práticas, que incluem desde o jeito como a mãe embala o bebê até a delicadeza com que decifra seus sinais, são expressões palpáveis de um vínculo intersubjetivo essencial.

Somado a isso, destaca-se que a função materna não surge de um vazio psíquico. Como aponta Arruda (2021), a maternidade está atravessada por heranças subjetivas, especialmente no que se refere às identificações maternas inconscientes. A forma como a mulher internalizou sua própria mãe e as experiências afetivas vividas na infância podem favorecer ou dificultar a instauração de um estado de preocupação materna primária. Assim, a função materna não emerge apenas como resposta à presença do bebê ou de um ambiente que a sustente, mas também como efeito de uma cadeia de transmissões psíquicas intergeracionais.

A constituição da função materna, nesse contexto, implica também em um enredamento com a subjetividade da mulher. Diante disso, a construção da maternidade ocorre em meio a um emaranhado de expectativas sociais, fantasias inconscientes e vivências relacionais anteriores, dimensões as quais incidem diretamente sobre a forma como a mulher pode ocupar psiquicamente o lugar de mãe (Guirado, 2018). A constituição dessa função, portanto, não pode ser compreendida de maneira universalizante, mas sim situada em cada história individual.

A partir da noção de Guirado (2018):

A transgeracionalidade pode ser vista como essencial na formação da identidade materna e em toda sua carga psíquica, como costumes, ideias, valores, traumas, fardos e segredos que envolvem a gestante e que terão influências na construção de sua identidade. (p. 9)

Assim, entende-se a disponibilidade psíquica materna como estreitamente relacionada aos modos como a mulher experienciou o cuidado em sua infância e aos recursos simbólicos que pôde constituir a partir dessas vivências. A maternidade, nesse sentido, convoca processos psíquicos complexos de regressão, identificação e elaboração, nos quais a mulher se confronta com aspectos de sua própria constituição subjetiva. Essa dinâmica evidencia a importância de se pensar a maternidade para além da biologia, considerando seus atravessamentos psíquicos, sociais e históricos.

Nessa perspectiva, torna-se evidente que o cuidado materno não é apenas reprodutivo, mas também criativo e reconstituinte: ao cuidar do bebê, a mãe entra em contato com sua própria história, reconfigurando simbolicamente suas experiências precoces. O narcisismo materno, conceito proposto por Freud (1914/2019), insere-se nesse movimento como um vetor essencial. Inicialmente, o bebê é investido como uma extensão narcísica da mãe, funcionando como depositário de seus ideais e desejos inconscientes. Esse investimento

é necessário para que a mãe se volte intensamente para o bebê, garantindo-lhe cuidados que vão além da simples manutenção da vida biológica.

Para abordar esta questão, é necessário adentrar os complexos mecanismos psíquicos que sustentam a disponibilidade psíquica materna, o que implica compreender as dinâmicas emocionais e inconscientes que possibilitam à mãe se conectar com seu filho de uma maneira profundamente afetiva e responsiva. Assim, busca-se explorar em profundidade como esses diversos mecanismos psíquicos se entrelaçam e se combinam, criando uma base sólida para a função materna.

Com isso, o movimento de abertura ao outro — o bebê — é também mediado pela rememoração de experiências precoces de cuidado. A noção de transparência psíquica, formulada por Bydlowski (2002 *apud* Queiroz *et al.*, 2020), corrobora essa compreensão. Durante a gestação, fragmentos do inconsciente e pré-consciente tornam-se mais acessíveis à consciência da mulher, criando um estado de abertura psíquica que, embora possa remeter clinicamente a quadros psicopatológicos, é compreendido como um fenômeno normativo nesse período. Essa condição permite que a mulher entre em contato com suas próprias vivências infantis, mobilizando recursos emocionais e identificatórios para assumir a função materna.

Trata-se de um processo em que as formas como a mãe foi cuidada (ou não) por suas figuras parentais são reatualizadas e ressignificadas. Freud (1921/2019) já apontava para esse fenômeno ao afirmar que a maternidade pode ser entendida como uma reconstrução simbólica da infância feminina — uma espécie de reinscrição das primeiras relações objetais. Assim, a mãe, ao cuidar de seu bebê, inconscientemente revive aspectos de seu passado afetivo, o que pode fortalecer ou fragilizar sua capacidade de cuidar, dependendo da qualidade dessas experiências primárias.

Nessa perspectiva, Winnicott (1957/2012 p. 5) reforça essa ideia ao lembrar que "a mãe também já foi um bebê", e é nesse ponto do seu ser que ela pode acessar os elementos emocionais que a aproximam do filho. Com isso, é importante destacar que esse retorno às experiências infantis não é apenas relembrado, mas reatualizado, exigindo da mulher um trabalho psíquico significativo (Almeida, 2023). Assim, quando as vivências iniciais da mãe foram suficientemente boas, essa rememoração pode funcionar como um recurso psíquico valioso, fortalecendo sua sensibilidade e responsividade. Por outro lado, experiências traumáticas ou insuficientes podem ser reativadas durante a maternidade, exigindo da mulher

um trabalho psíquico mais intenso para elaborar essas marcas. Nesse sentido, a gravidez representa uma verdadeira revolução psíquica para a mulher, frequentemente marcada por regressões, reativações de conflitos inconscientes e reatualizações da própria relação que ela teve com sua mãe (Folino, 2014)

A dinâmica entre identificação, regressão e narcisismo materno revela-se, portanto, como uma trama psíquica complexa e contínua, na qual a função materna é sustentada por um entrelaçamento de processos inconscientes. Como sintetiza Winnicott (1957/2012), a mãe precisa sentir com o bebê, ou seja, mobilizar seus próprios afetos e experiências internas para decodificar os estados emocionais da criança, transformando-os em cuidados efetivos e simbolicamente significativos. Essa capacidade de tradução emocional — já mencionada anteriormente como função continente (Bion, 1962/1991 *apud* Jesus; Zornig, 2021) — é o que confere ao cuidado materno sua potência estruturante. A mãe, ao conter e metabolizar as angústias do bebê, oferece-lhe um ambiente interno estável e confiável, condição sine qua non para o início da constituição do self.

Para compreender a profundidade dessa relação, Winnicott (1968/2012) oferece uma perspectiva crucial ao destacar a assimetria fundamental entre mãe e bebê: “O bebê, entretanto, nunca foi mãe. O bebê nem mesmo já foi bebê antes” (p. 87). Essa dicotomia sublinha a vulnerabilidade do bebê, um ser em estado de dependência absoluta, frente à sofisticação psíquica da mãe, um sujeito maduro que já atravessou as etapas do desenvolvimento. A mãe, tendo sido bebê, carrega memórias afetivas e identificações com sua própria experiência de ser cuidada, o que lhe permite acessar um repertório emocional para responder ao filho. Ela pode, simbolicamente, brincar de ser bebê, reativando aspectos de sua infância para se conectar com as necessidades do filho. O bebê, por outro lado, está imerso em um presente imediato, sem passado ou recursos para compreender o cuidado recebido, dependendo inteiramente da mãe para dar sentido às suas vivências.

Essa assimetria é o alicerce para as três funções da mãe suficientemente boa, delineadas por Winnicott (1964/1982): o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos. Nesse ínterim, a disponibilidade psíquica materna, conforme discutida anteriormente, é o alicerce emocional e subjetivo que sustenta a função materna, permitindo que a mãe se conecte profundamente com as necessidades do bebê. Essa disponibilidade não é apenas uma condição interna, mas se materializa em práticas concretas.

No início da vida, o cuidado com o bebê se organiza em torno do *holding* ou

“segurar”. Segurar no colo, aquecer, embalar, amamentar: esses atos repetitivos e amorosos criam um campo de confiança e de integração psíquica. A experiência de ser sustentado transmite ao bebê que ele é desejado, amado e reconhecido como um ser singular. O *holding* depende da disponibilidade psíquica porque requer que a mãe esteja atenta às nuances das manifestações do bebê, mesmo antes que ele tenha um ego estruturado. Essa atenção, que Davis e Wallbridge (1982) descrevem como um suporte egóico precoce, é possível quando a mãe mobiliza sua própria capacidade de empatia, ancorada em suas experiências afetivas passadas. Ao segurar o bebê – seja no colo, ao alimentá-lo ou ao protegê-lo de estímulos excessivos –, a mãe utiliza sua disponibilidade psíquica para criar um ambiente previsível e acolhedor. Esse ambiente atua como uma extensão do self do bebê, permitindo que ele vivencie a segurança necessária para integrar suas sensações corporais e emocionais, um processo essencial para a formação de um senso de continuidade existencial.

A disponibilidade psíquica se expressa no holding por meio da capacidade da mãe de adaptar seus cuidados ao ritmo singular do bebê, um aspecto que Winnicott (1960/2011) destaca como fundamental. Essa adaptação não é automática; ela exige que a mãe esteja psiquicamente presente, capaz de perceber e responder às mudanças sutis no estado do bebê, como sinais de desconforto ou satisfação. Por exemplo, a forma como a mãe ajusta a pressão de seus braços ao embalar ou a suavidade com que o posiciona para mamar reflete uma sintonia emocional que transcende o físico. Essa sintonia, sustentada pela disponibilidade psíquica, comunica ao bebê que ele é visto e valorizado, promovendo a confiança básica que Winnicott (1957/2012) associa ao desenvolvimento de uma relação saudável com o mundo.

Quando a disponibilidade psíquica materna é insuficiente, o holding pode falhar em oferecer essa contenção essencial, levando a rupturas na experiência de continuidade do bebê. Tais falhas, conforme Winnicott (1960/2011), não são percebidas como ausência de cuidado, mas como ameaças existenciais, capazes de gerar angústias de desintegração. A disponibilidade psíquica, portanto, é o que dota o holding de sua qualidade estruturante, transformando gestos cotidianos em atos de significação que ancoram o bebê na realidade. É por meio dessa presença emocional que a mãe estabelece um espaço onde o bebê pode começar a diferenciar o “eu” do “não-eu”, um passo inicial na construção de sua subjetividade.

A experiência do *handling* diz respeito ao modo como o bebê é fisicamente cuidado: ser segurado, trocado, alimentado, vestido e manipulado em sua dimensão corporal. No

entanto, tal manejo não se restringe a um conjunto de gestos funcionais. Ele revela, na verdade, a qualidade da relação estabelecida entre o corpo do bebê e a presença subjetiva da mãe que o cuida. Como afirmam Vieira e Raia (2024), o handling é uma via de integração entre o bem-estar físico e a vida psíquica em constituição, sendo uma das formas pelas quais o bebê localiza seu self em um corpo próprio. Assim, o toque materno carrega, mais do que intenção instrumental, uma transmissão emocional que pode facilitar — ou interromper — os processos iniciais de amadurecimento.

Winnicott (1968/2012) reforça que, nos estágios iniciais da vida, o modo como o bebê é segurado fisicamente influencia diretamente sua organização psíquica. Quando o manejo corporal é suficientemente bom — ou seja, adaptado às necessidades do bebê — ele sustenta o desenvolvimento de um sentimento de continuidade do ser, favorecendo a emergência de um self coerente. Por outro lado, falhas constantes neste manejo podem gerar reações disruptivas, quebrando a ilusão de segurança e conduzindo o bebê a defesas precoces. Nessa perspectiva, segurar bem é mais do que técnica: é expressão de sensibilidade e presença psíquica. A mãe não cuida apenas de um corpo, mas se põe em relação com um sujeito em formação.

É nesse ponto que a disponibilidade psíquica materna se articula diretamente ao handling. Como lembra Monteiro (2004), o toque sensível, atento às nuances emocionais do bebê, favorece a formação de uma parceria psicossomática — uma integração entre corpo e psique que será fundante para a constituição do eu. A mãe que se faz disponível psíquica e afetivamente está apta a reconhecer o bebê como alguém, mesmo quando ainda não há palavras ou demandas claras. Isso implica uma escuta silenciosa das necessidades do filho e uma entrega que não se confunde com abnegação, mas com presença ativa, sustentada por um investimento emocional contínuo.

A sensibilidade materna manifesta-se, portanto, na maneira como o corpo do bebê é tocado e manejado, e carrega os traços da relação inconsciente da mãe com aquele filho. Winnicott (1970 *apud* Davis & Wallbridge, 1982) observou que, em muitos casos, dificuldades psíquicas da criança estavam ligadas à forma como suas limitações físicas haviam sido tratadas ou recusadas pela mãe. Quando a mãe não consegue amar o bebê tal como ele é — por sentimentos de culpa, medo ou desesperança —, o manejo corporal torna-se mecânico ou ansioso, comprometendo a possibilidade de integração subjetiva. Nesse contexto, o corpo da criança pode tornar-se estranho a ela mesma, por não ter sido acolhido

como legítimo.

A tarefa do *handling*, assim como as demais funções maternas descritas por Winnicott, só pode ser cumprida por um ser humano em contato com sua própria capacidade de sentir, imaginar e sustentar o outro em sua dependência radical. A incubadora pode aquecer o corpo, mas é a mãe sensível que adapta seus gestos ao ritmo singular do bebê, mesmo em situações desafiadoras como a prematuridade ou a hospitalização. A disponibilidade psíquica materna, nesse sentido, é o que permite que o cuidado se transforme em comunicação, e que o toque se torne espelho da presença subjetiva, organizando corpo e psique em um todo vivido e habitável.

Adicionalmente, a terceira dimensão do cuidado materno trata da apresentação de objetos e revela-se profundamente ligada à sua sensibilidade psíquica diante do bebê. Trata-se de uma etapa em que a mãe, ao identificar as necessidades ainda não formuladas do bebê, oferece elementos do mundo externo de forma tal que este possa vivenciá-los como extensões de sua própria onipotência criadora (Winnicott, 1962/1983; Rocha, 2006). Nessa experiência, o bebê acredita que criou aquilo que lhe foi apresentado — ilusão fundamental à construção da realidade subjetiva.

Esse gesto materno exige mais do que conhecimento técnico: demanda presença, afeto e uma escuta fina e intuitiva das necessidades do bebê. Como destaca Winnicott (1963/1983), a realidade externa só pode ser introduzida de maneira não confusa quando é mediada por um ser humano que se revele continuamente ele mesmo, em estado de devoção espontânea ao cuidado. Assim, é a sensibilidade materna — mais do que a performance idealizada — que permite o manejo ajustado à maturação do bebê, respeitando seus tempos e estados emocionais.

A mãe sensível não apenas oferece objetos, mas também se torna ela própria o primeiro objeto, ao mesmo tempo real e subjetivo, abrindo espaço para que o bebê transite do universo da ilusão para a realidade compartilhada. Como consequência, inicia-se o processo de separação e substituição da figura materna por novos objetos de interesse, estimulando a criatividade e a capacidade relacional (Monteiro, 2004; Vieira & Raia, 2024). Assim, a apresentação de objetos é menos sobre o objeto em si, e mais sobre a maneira como ele é oferecido — sustentado pela capacidade da mãe de estar emocionalmente disponível e responsiva.

Nesse contexto, a mãe ou a figura materna não é apenas a provedora das

necessidades básicas de alimentação e abrigo, mas uma presença psíquica fundamental que possibilita ao bebê a vivência de uma sensação de proteção e segurança — condições indispensáveis ao amadurecimento emocional. O que está em jogo nesse gesto materno não é apenas a resposta às demandas explícitas do bebê, mas a capacidade de antecipar, interpretar e transformar as suas expressões mais primitivas em experiências suportáveis. Assim, sustenta-se que essa função exige da mãe um contato afinado com seu próprio mundo interno, pois é a partir dele que ela será capaz de conter o bebê em momentos de angústia, frustração ou desorganização (Jesus; Zornig, 2021).

No entanto, para que esse ambiente sustentador seja possível, é preciso reconhecer que a mãe não apenas oferece suporte — ela também precisa ser sustentada. Isso porque o exercício da função materna, sobretudo nos primeiros meses de vida, implica em atravessar momentos de intensa agressividade do bebê, como os descritos por Winnicott (1958), em que gritos, mordidas, arranhões e ataques físicos e psíquicos emergem como parte do processo de constituição do self infantil. A mãe, nesse momento, é convocada a sobreviver a esses ataques sem retaliar, sem se vingar, mantendo-se como um objeto consistente e confiável. Sobreviver, aqui, não diz respeito apenas à presença física, mas à manutenção de uma atitude emocionalmente estável e suficientemente boa para que o bebê possa continuar elaborando suas experiências e retomando o vínculo (Winnicott, 1988/1990).

Como observa Carvalho (2021), essa sobrevivência diante dos ataques confirma para o bebê que há algo ali que persiste, que não se desfaz, mesmo sob a intensidade de seus impulsos. É essa constância que permitirá a passagem do mero relacionamento com o objeto ao uso do objeto — momento essencial para o amadurecimento psíquico. Para tanto, a mãe precisa estar minimamente disponível e integrada ao seu papel, o que exige não apenas saúde emocional, mas também um ambiente suficientemente estável ao seu redor. Afinal, como destaca Gutfreind (2010), para tornar-se psicologicamente disponível como mãe é preciso estar razoavelmente em dia com a própria história, com as marcas deixadas por sua própria infância, relações familiares, experiências traumáticas ou vivências de violência, perdas e abandono.

Não é incomum que mães em situação de vulnerabilidade emocional, com vivências de constituição subjetiva marcadas por desamparo ou negligência, encontrem dificuldades em desviar o foco de suas próprias dores para ocupar-se psiquicamente do bebê (Carvalho, 2021). Nessas circunstâncias, o ambiente emocional mais amplo — que inclui a presença de um

parceiro, de uma rede de apoio, de condições sociais mínimas — torna-se fator determinante para a sustentação da disponibilidade psíquica materna. Como pontua Winnicott (1963/1983), o fracasso da mãe-ambiente em prover oportunidades consistentes de reparação pode levar a rupturas importantes no desenvolvimento da capacidade de preocupação e, consequentemente, na qualidade do vínculo mãe-bebê.

Dessa forma, sustentar a função materna exige mais do que recursos intrapsíquicos: requer um ambiente que reconheça e ampare essa mulher em sua travessia psíquica para o lugar de mãe. O envolvimento da rede familiar e comunitária, bem como o suporte institucional, representa parte essencial desse processo. Como afirma Carvalho (2021 p.), “um bom ambiente para a mãe gestante é aquele que dá condições para que ela mergulhe neste estado especial e temporário”.

Então, pensar a função materna exige atenção às condições concretas e simbólicas que envolvem a mulher que a exerce. Ainda que este trabalho tenha explorado a dimensão intrapsíquica da mãe, é imprescindível essa dimensão só se manifesta quando há um ambiente que ofereça sustentação. Tal suporte se concretiza tanto no campo emocional quanto nas condições materiais de existência. O sujeito materno, assim, é continuamente construído nas redes de apoio que o amparam — incluindo o parceiro, a família ampliada, os serviços de saúde, os recursos sociais e o universo simbólico-cultural em que essa mulher está inserida.

Contudo, nem todas as mulheres encontram espaço interno ou externo para esse movimento. Histórias marcadas por experiências de negligência, violência ou abandono podem dificultar o descentramento necessário em direção ao bebê. Nessas condições, como aponta Carvalho (2021), fatores psíquicos, ambientais e familiares tornam-se obstáculos para que a mãe consiga deslocar o foco de sua própria dor e investir emocionalmente na função materna. A ausência de um entorno suficientemente sustentador pode comprometer o processo de vinculação e, por conseguinte, o desenvolvimento emocional da criança.

Compreender a função materna, portanto, exige uma escuta atenta à complexidade dos fatores que a sustentam — ou a fragilizam — no interior de cada trajetória de vida. É a partir dessa escuta ampliada que se torna possível investigar como a disponibilidade psíquica da mãe se organiza em contextos adversos, como o da hospitalização infantil. Nesse cenário, o ambiente já vulnerável da maternidade pode ser ainda mais tensionado por angústias intensas, incertezas e demandas institucionais. No próximo capítulo, será explorado como esse ambiente hospitalar incide sobre a experiência materna e quais são os efeitos psíquicos

que tal vivência pode produzir na disponibilidade da mãe frente ao sofrimento e à fragilidade do bebê.

3. O AMBIENTE HOSPITALAR E O AMBIENTE SUFICIENTEMENTE BOM

O presente capítulo dá continuidade à proposta deste trabalho ao se debruçar sobre os atravessamentos que incidem sobre a função materna no contexto da hospitalização infantil. Após o esforço inicial de delimitar, à luz da teoria psicanalítica, os fundamentos que sustentam a disponibilidade psíquica materna como operação simbólica e investimento afetivo, avança-se agora na compreensão das condições que, nas situações de adoecimento, desafiam ou potencializam a sustentação dessa função.

Parte-se do entendimento de que a vivência da hospitalização não é neutra, mas se inscreve em um cenário concreto — físico, relacional e institucional — que incide diretamente sobre os movimentos psíquicos da mãe. A partir do segundo objetivo específico da pesquisa, busca-se investigar como os elementos presentes na dinâmica hospitalar interferem na forma como a mãe sustenta sua função psíquica diante desta realidade.

Ao refletir sobre o início da vida e as condições que favorecem o desenvolvimento psíquico do bebê, é imprescindível considerar a perspectiva de Winnicott (2000 *apud* Monteiro, 2004), para quem o ser humano já nasce dotado de um potencial. Trata-se de um potencial que inclui não apenas aspectos físicos e fisiológicos, mas também um embrião de vida emocional que poderá se desenvolver sob condições ambientais suficientemente boas. Como sintetiza Monteiro (2004, p. 21), o bebê traz consigo, desde o nascimento, “um complexo anatômico e fisiológico, de motilidade, de sensibilidade e, junto a isso, de um potencial para o desenvolvimento da parte psíquica da integração psicossomática”.

Essa dimensão do potencial herdado, no entanto, não se realiza de forma isolada, sendo necessário considerar o lugar simbólico que o bebê ocupa dentro do contexto familiar. Cada nascimento é situado simbolicamente pela família, que atribui ao bebê significantes que o antecedem e o representam. Existe, assim, um discurso transgeracional que antecede a chegada da criança e que estrutura um campo inconsciente familiar marcado por mitos, fantasias e expectativas (Guirado, 2018). Nesse processo, o bebê é investido como sujeito a partir do entrelaçamento entre o desejo dos pais e a posição subjetiva que esses ocupam em suas próprias histórias.

No caso da mãe, isso se expressa particularmente na maneira como ela acessa sua posição de filha frente às figuras parentais e, a partir disso, constrói em sua fantasia o bebê imaginado. Esse bebê fantasiado, elaborado antes mesmo do nascimento, é fundamental para

o investimento afetivo e a constituição psíquica da criança (Galhardo, Melo e Angeli, 2024). O encontro entre esse bebê imaginado e o bebê real, portanto, é atravessado por fantasias inconscientes, expectativas e desejos que sustentam a função materna e o vínculo inicial. Esse processo de investimento no bebê fantasiado permite à mãe criar um espaço potencial onde o bebê é simbolizado antes mesmo de nascer, sustentando a disponibilidade psíquica necessária para o cuidado (Saboia; Kupfer, 2024).

Nessa lógica, o filho real, com suas limitações e necessidades específicas, se distancia da imagem idealizada construída durante a gestação. Assim, ele já não ocupa o papel que lhe fora atribuído dentro da dinâmica familiar, deixando de ser o filho perfeito, concebido como uma promessa de realização, felicidade e completude para os pais. Com isso, costuma ocorrer, segundo Valença e Pacheco (2022), um processo simbólico de luto pelo ideal perdido, que leva a família a encarar a realidade do bebê, contudo, no caso de um bebê cuja fragilidade exige cuidados especializados pode representar um luto ainda mais complexo, ligado tanto a perdas concretas quanto às idealizações desfeitas, dificultando a formação do vínculo entre mãe e filho.

Ainda como explorado no capítulo anterior, a experiência da maternidade, especialmente nos primeiros momentos da relação mãe-bebê, é profundamente dependente do ambiente em que se desenvolve. Com isso, busca-se ampliar a qualidade de suficientemente bom, formulado por Winnicott (1958/2011), para abranger não apenas em relação à mãe, mas todo o contexto ambiental que possibilita o exercício da função materna, assim como o hospital. Para que a mãe possa exercer sua disponibilidade psíquica e responder às necessidades emocionais do bebê, é preciso que ela mesma esteja envolta em um meio que a contenha e favoreça seus movimentos regressivos, necessários à preocupação materna primária. A maternagem, enquanto experiência psíquica e relacional, exige que a mãe esteja protegida de demandas excessivas e de estímulos intrusivos que possam fragmentar sua atenção e sensibilidade frente ao bebê.

Nesse sentido, o ambiente doméstico, quando suficientemente bom, permite que o ritmo da mãe e do bebê seja respeitado, abrindo espaço para a construção de uma rotina sensível, adaptada às demandas emocionais que emergem. As pessoas ao redor da mãe — parceiros, familiares, profissionais de saúde e a comunidade — têm um papel fundamental na constituição desse ambiente suficientemente bom, pois é por meio desse suporte que a mulher pode se sentir segura, escutada e validada em sua experiência, o que, por sua vez, repercute

diretamente em sua capacidade de realizar as funções da mãe suficientemente boa (Carvalho, 2021). Assim, o ambiente suficientemente bom é uma construção coletiva que sustenta a mãe em sua função de sustentar o bebê.

No entanto, quando o adoecimento do bebê rompe com essa configuração e exige cuidados que não podem ser realizados no espaço doméstico, a diáde é abruptamente transportada para o cenário hospitalar — ambiente radicalmente distinto do lar em termos simbólicos, afetivos e institucionais. Nesse sentido, os cuidados ao infante adoecido, se dão em um espaço paradoxal: embora voltado para a preservação da vida, se apresenta, para muitas mães, como um território hostil, distante da experiência íntima e sensível que se sonha para os primeiros encontros com o bebê (Silva, 2023). Diante disso, é necessário entender o funcionamento desse ambiente e como ele pode impactar o maternar.

O ambiente hospitalar, especialmente nas unidades neonatais e pediátricas, é regido por uma lógica técnico-assistencial que impõe regras de funcionamento pouco flexíveis. Horários fixos para visitas, alimentação e banhos, além de restrições de circulação e permanência, são medidas que visam o bom andamento dos cuidados clínicos, mas que, do ponto de vista subjetivo, podem transformar o hospital em um espaço marcado pela vigilância e pela limitação da autonomia materna (Pazian, 2007). A presença constante de alarmes, monitores cardíacos, iluminação artificial e o manejo de procedimentos invasivos criam uma ambiência de hiperestimulação sensorial, incompatível com a intimidade e o silêncio protetivo que normalmente envolvem os primeiros momentos de um bebê no lar. Para além dos aspectos físicos, o hospital também é um território simbólico — é o lugar do adoecimento, da urgência, da intervenção técnica, e muitas vezes, da incerteza.

Inserida nesse cenário, a mãe frequentemente vivencia sentimentos de medo, estranhamento e desconforto ao se deparar com seu bebê envolto em tubos, sondas e equipamentos (Exequiel, 2021). Essa confrontação com um bebê envolto em equipamentos médicos, desafia a mãe a integrar a imagem idealizada com a realidade da doença, demandando um trabalho psíquico intenso para manter o vínculo afetivo (Silva, 2023). O ambiente hospitalar, ao ser regido por uma estrutura normativa que organiza o cuidado infantil em torno de rotinas rígidas, dispositivos técnicos e uma lógica cronológica, se distancia profundamente do ritmo simbólico e afetivo da diáde mãe-bebê. Essa temporalidade imposta é vivida por muitas mães como uma experiência de clausura, em que o acesso ao bebê é controlado por regras institucionais e não pelos movimentos naturais do vínculo

materno-infantil (Lima *et al.*, 2023).

Nesse âmbito, a hospitalização precoce, especialmente quando ocorre logo após o nascimento ou nos primeiros meses de vida, pode interromper abruptamente o processo natural de construção do vínculo afetivo (Silva, 2023). Com isso, nesses contextos, pode haver um comprometimento da capacidade de nomear, imaginar e subjetivar o bebê, de modo a fragilizar os investimentos psíquicos parentais e dificultar a elaboração simbólica do bebê (Crespin, 2022). Assim, o ambiente hospitalar, ao mesmo tempo em que visa preservar a vida, muitas vezes mina as condições subjetivas para a emergência espontânea da maternidade.

Além disso, diferentemente do lar, o hospital se configura como um espaço de interferências constantes, não somente para a mãe, mas também para o bebê. Sem o espaço facilitador, a mãe se vê sobrecarregada por “preocupações alternativas muito intensas que não se dissipam facilmente” (Winnicott, 1956/2000 p.), o que a impede de oferecer o *holding* necessário para proteger o bebê da intrusão excessiva do mundo externo. Para o recém-nascido, ainda não integrado e profundamente dependente da mediação materna para organizar suas experiências, essa ausência de filtragem pode ser vivida como um colapso. O excesso de estímulos sonoros, visuais e táteis, não amortecidos pela presença protetora da mãe, chega ao bebê como intrusões potencialmente desorganizadas, geradoras de angústia e estados de ansiedade de aniquilação (Winnicott, 1988/1990). Como observam Esswein *et al.* (2021), é por meio da adaptação ativa e sensível da mãe — garantida por sua disponibilidade psíquica — que o bebê se sente contido e protegido das experiências traumáticas. Contudo, quando o ambiente externo não favorece essa adaptação, o próprio exercício da função materna é ameaçado.

A transição do lar para o hospital, portanto, não é apenas uma mudança de espaço físico, mas representa uma profunda reconfiguração do campo relacional mãe-bebê. Enquanto o lar sustenta a construção do vínculo por meio de ritmos próprios, da liberdade para o toque, da amamentação sob demanda e da escuta atenta aos sinais do bebê, o hospital frequentemente impõe barreiras à espontaneidade da maternidade.

Adicionado a isso, outro fator que interfere nesse processo é a presença constante de profissionais de saúde — ainda que imprescindíveis para o cuidado físico — a qual pode agir para desautorizar o gesto materno espontâneo. Nesse cenário, o discurso médico ocupa lugar privilegiado e, muitas vezes, sobrepõe-se às vivências emocionais da diáde. Monteiro (2004) aponta que a intervenção precoce da equipe médica pode instaurar uma triangulação antes

mesmo da consolidação da fusão simbiótica entre mãe e bebê, necessária à construção do vínculo afetivo nos primeiros momentos de vida. Winnicott (2000/), por sua vez, adverte que a interferência excessiva de médicos e enfermeiras — ainda que bem-intencionada — pode interromper o movimento natural da maternagem, especialmente quando substitui o incentivo à confiança materna por conselhos normativos e padronizados. Para ele, a mãe se constitui como cuidadora a partir de experiências afetivas singulares e não por meio de instruções técnicas e necessita, portanto, de um ambiente suficientemente bom que favoreça a emergência dessa função, em vez de subjugar-a à lógica institucional (Winnicott, 2000, p. 23).

Esse processo se acentua em unidades como a UTI, onde a centralidade do cuidado recai sobre a equipe de saúde, que ao assumir essa função de cuidador principal, faz com que a mãe se veja limitada a observar ou executar tarefas sob supervisão técnica. Essa exclusão, conforme Lima *et al.* (2023), é agravada pela linguagem técnica que domina as interações, silenciando o saber materno valorizado por Winnicott (2000/). Nesse cenário, o cuidado tende a se converter em uma sequência de tarefas técnicas, esvaziadas da sensibilidade que caracteriza o maternar, posicionando o corpo do bebê como objeto de intervenção médica, o que pode ser observado na fala de uma mãe entrevistada por Chatelard, Loffredo e Campos (2022), ao relatar sua vivência diante da equipe de saúde:

Ela sentia-se incapaz e via a equipe como uma “mãe - cuidadora” melhor que ela. Com o tempo e a possibilidade de cada vez estar mais próxima do bebê, além de acompanhar a melhora deste, a insegurança foi passando e ela foi se mostrando uma mãe suficientemente boa. (p. 8)

Assim, nota-se que a mãe, impedida de gestos espontâneos como segurar o bebê ou responder ao seu choro, vivencia uma alienação que fragiliza sua identidade materna e a desautoriza, relegando-a ao papel de acompanhante em vez de protagonista do cuidado. Sob essas circunstâncias, o bebê tende a ser percebido prioritariamente por sua condição clínica, o que ofusca sua subjetividade em formação. Consequentemente, essa objetificação perturba a experiência materna, pois a alienação enfrentada pela mãe compromete seu investimento afetivo no bebê. Nesse sentido, a hospitalização precoce não apenas desafia a função materna, mas também reverbera no início da vida psíquica do bebê, dificultando a constituição de seu self. A partir dessa percepção, Exequiel *et al.* (2023) delineiam os sentimentos vivenciados pela mãe impedida de reconhecer o bebê como extensão de seus ideais, destacando a vivência do sentimento de impotência.

Esses sentimentos podem, ainda, ser melhor compreendidos à luz do conceito de

transparência psíquica de Bydlowski (2002 *apud* Queiroz *et al.*, 2020): durante o puerpério, a maior permeabilidade aos conteúdos inconscientes intensifica a identificação da mãe com o bebê, mas também reativa vivências arcaicas de abandono. No ambiente hospitalar, onde a mãe é constantemente exposta à fragilidade do filho, essas reativações tornam-se ainda mais contundentes (Queiroz *et al.*, 2020). Sem um espaço simbólico que acolha sua vulnerabilidade, a culpa se cristaliza em uma ferida narcísica, marcada por desamparo e percepção de falência, ecoando o que Mannoni (1987) descreve como um dano ao ideal materno. Assim, ao desconsiderar a complexidade psíquica dessa experiência, o hospital amplifica o sofrimento materno e fragiliza a sustentação da função materna, comprometendo o vínculo essencial à constituição psíquica da diáde.

Nesse raciocínio, compreender os efeitos psíquicos desse contexto sobre a mãe implica retomar as três funções descritas por Winnicott (1960/2011) como constitutivas do cuidado materno suficientemente bom: *holding*, *handling* e apresentação de objetos. Na fase de dependência absoluta do bebê, a função do *holding* adquire centralidade, pois é a partir dela que o bebê pode iniciar a organização de seu self. Como mencionado anteriormente, no hospital, a separação física e a rotina técnica comprometem esse amparo contínuo, gerando experiências de falha ambiental, que quando vividas em um momento de extrema vulnerabilidade psíquica, podem assumir proporções traumáticas, sendo percebidas pelo bebê como ameaças à sua existência (Carvalho, 2021). Portanto, a lógica do hospital rompe com a cadência afetiva da diáde, desorganizando a experiência de continuidade que sustenta o processo de subjetivação.

O mesmo se aplica ao *handling*, descrito por Winnicott (1964/1982) como o manejo corporal cuidadoso e afetuoso que permite ao bebê integrar suas experiências sensoriais e emocionais. Em casa, esse toque é mediado pela sensibilidade psíquica da mãe, que responde ao ritmo do bebê com gestos ajustados e carregados de sentido. No hospital, contudo, esse manejo é frequentemente substituído por procedimentos técnicos, rígidos e impessoais. Como indicam Vieira e Raia (2024), essa transição da sensibilidade ao automatismo dificulta a constituição do self corporal, pois impede que o bebê experimente o próprio corpo como fonte de prazer e segurança.

Essa fragmentação também alcança a função de apresentação de objetos, pela qual a mãe introduz simbolicamente o bebê ao mundo externo. Winnicott (1962/1983) concebe essa função como um gesto criativo da mãe, que oferece ao bebê objetos transicionais — sejam

eles físicos ou relacionais — para mediar a passagem da onipotência à realidade compartilhada. Em contextos domésticos, essa mediação se dá de forma natural, por meio de brincadeiras, cantigas, olhares e objetos carregados de afeto. No hospital, contudo, como observa Monteiro (2004) a supressão da espontaneidade materna compromete a possibilidade de simbolização por parte do bebê, uma vez que lhe são negadas experiências intermediárias entre o dentro e o fora, entre o eu e o outro. Sem o exercício da criatividade primária, o processo de constituição psíquica é afetado, tornando-se mais árido e menos maleável.

Perante o exposto, cabe inferir que a lógica hospitalar impõe uma sobrecarga à figura materna. Nesse sentido, Brun (2021) destaca que essa sobrecarga se intensifica não apenas pelas exigências da hospitalização, mas também pelas obrigações que permanecem do lado de fora: outros filhos, demandas familiares, responsabilidades domésticas. Dessa forma, fica evidente que a hospitalização atua como um fator de desorganização da função materna. Além de sustentar a vida biológica, é preciso pensar em como resgatar a presença subjetiva da mãe no cuidado, permitindo que ela retome sua posição de mediadora psíquica e promotora de experiências significativas para o bebê. Como seria, então, o ambiente hospitalar suficientemente bom?

Ao buscar responder a essa questão, Aiello-Vaisberg e Tachibana (2008) descrevem esse ambiente como um espaço que oferece *holding* à mulher. Segundo as autoras, esse acolhimento é essencial em todas as situações, seja quando o parto ocorre de forma tranquila e o bebê nasce saudável, seja em contextos de adoecimento, como nos casos em que o recém-nascido apresenta alguma patologia ou deficiência. Nessas circunstâncias, diante da possibilidade de que seu filho não atinja os ideais fantasmáticos, é importante que a mãe vivencie uma forma diferenciada de vínculo com o bebê, chamada de “preocupação materna primária especial” (Aiello-Vaisberg; Tachibana, 2008 p. 152)

As autoras destacam, ainda, que a atuação da equipe hospitalar influencia a entrada da mãe nessa forma de preocupação materna primária, sendo, assim, necessário dedicar uma atenção diferenciada a essa mulher. Segundo Aiello-Vaisberg e Tachibana (2008), essa atenção pode ser pensada de duas formas nesse contexto:

De um lado teremos uma visão na qual o cuidado seria um conjunto de habilidades e técnicas, passíveis de serem ensinadas por especialistas, e de outro uma concepção do cuidado como um tipo de encontro inter humano, caracterizado por marcada assimetria, na qual o bebê é visto, em sua singularidade, por uma mulher também única, que criará/descobrirá modos de bem atendê-lo. Desde essa segunda perspectiva, ensinamentos técnicos seriam não somente inúteis como até prejudiciais, na medida em que poderiam abalar a confiança da mulher em sua

capacidade de captar sensivelmente as necessidades psicossomáticas do próprio filho. (p. 152)

Apesar dessa compreensão, nota-se uma predominância da abordagem técnico pedagógica diante desse público. Influenciados por um imaginário social medicalizado e científico-tecnológico, os profissionais de saúde são formados sob uma lógica que valoriza o controle, a previsibilidade e a objetividade, elementos que frequentemente se chocam com a subjetividade e a imprevisibilidade do sofrimento humano (Aiello-Vaisberg; Tachibana, 2008). Nesse sentido, o uso de condutas pedagógicas excessivamente formais — como treinamentos de como amamentar, dar banho ou carregar o bebê — pode não apenas tolher a experiência subjetiva da mãe, mas também ser reflexo da necessidade do profissional de se proteger do impacto emocional gerado pela cena clínica.

Nesse âmbito, embora o discurso técnico e pedagógico adotado pelas equipes hospitalares frequentemente se apresente como uma tentativa de promover a autonomia materna, ele muitas vezes mascara um mecanismo de defesa frente ao sofrimento inerente ao trabalho com o humano adoecido. Assim, Aiello-Vaisberg e Tachibana (2008) apontam que a adesão a práticas educativas rígidas e normativas, que instruem a mãe a como cuidar de seu bebê de forma tecnicista, não raro revela uma estratégia de distanciamento emocional. Essa postura, embora embasada em boas intenções, colabora para um processo de dissociação, no qual a mulher, afastada de sua sensibilidade e espontaneidade, torna-se alheia a si mesma e ao bebê — justamente no momento em que o vínculo sensível seria mais necessário.

Com isso, ao evitar o envolvimento afetivo e privilegiar uma relação instrumental com a puérpera, os profissionais de saúde podem se proteger da angústia gerada pelas situações-limite vivenciadas no cotidiano hospitalar, como o sofrimento, a dor e a morte. Desse modo, a dissociação assume uma função defensiva clara: ao intelectualizar a relação com a mãe e com o bebê, o profissional evita não apenas a exposição direta à dor do outro, mas também o contato com a própria angústia.

Diante do exposto, é possível relacionar tal funcionamento da equipe ao que Winnicott (1958/2000) teorizava sobre o falso *self*. O autor alertava para organizações psíquicas que se estruturam com o objetivo de proteger o verdadeiro self diante de ambientes invasivos ou emocionalmente insensíveis. Assim, o profissional que atua a partir do falso self pode parecer atento, eficiente e tecnicamente competente, mas sua atuação carece de espontaneidade e sensibilidade — aspectos fundamentais ao cuidado genuíno. Seguindo este

raciocínio, essa postura defensiva cobra um preço alto: a perda de contato com os sentimentos autênticos e a limitação da capacidade de estabelecer uma presença afetiva real junto ao outro (Aiello-Vaisberg; Tachibana, 2008).

Além disso, é importante destacar que essas defesas não se originam exclusivamente da formação técnica dos profissionais, mas também são alimentadas pelas condições objetivas de trabalho, frequentemente marcadas por sobrecarga, escassez de recursos e demandas emocionais excessivas (Aiello-Vaisberg, 2006). Assim, o trabalho em saúde se mostra intensamente desgastante, impondo um ideal de dedicação que, longe de oferecer proteção, muitas vezes conduz ao adoecimento. Nesse contexto, proteger-se emocionalmente torna-se, paradoxalmente, uma forma de manter-se funcional dentro de um sistema que não reconhece nem legitima o sofrimento psíquico dos cuidadores.

Diante disso, retomar a segunda forma de pensar a atenção à mulher-mãe no contexto hospitalar — como uma relação inter-humana — permite ampliar o foco do cuidado. Nessa perspectiva, a proposta não se restringe à intervenção direta sobre a diáde mãe-bebê, mas inclui a criação de um ambiente que ofereça *holding* também à mãe — uma sustentação emocional que lhe permita manter-se disponível ao bebê, mesmo diante da adversidade. Para isso, é fundamental que as equipes atuem com maior sensibilidade, oferecendo espaços de acolhimento e validação dos afetos maternos. Afinal, entre o monitor cardíaco e o olhar da mãe, há uma diferença fundamental: apenas este último é capaz de refletir o self nascente do bebê.

É nesse ponto que a concepção de Winnicott (1968/2012) sobre a posição da equipe de saúde torna-se especialmente relevante. O autor salienta que, embora médicos e enfermeiras desempenhem um papel essencial no cuidado físico, não são especialistas nas questões de intimidade, que dizem respeito ao campo emocional da relação mãe-bebê. Quando intervêm nesse território de forma prescritiva ou diretiva, podem enfraquecer a confiança da mulher em sua própria capacidade de perceber e responder às necessidades do filho. Por isso, Winnicott (1968/2012) defende que, em determinados contextos, é preferível que a equipe se abstenha de oferecer conselhos, evitando a imposição de um saber técnico que possa inibir a espontaneidade e o gesto criativo da mãe. Em lugar disso, é necessário fornecer condições ambientais que favoreçam o fortalecimento da confiança interna da mulher.

Contudo, importa dizer, ainda, que não se trata aqui de defender uma equipe ausente ou que se isente completamente de orientar a mãe. Tal ausência poderia, inclusive, intensificar

o sentimento de estranhamento, insegurança e medo que frequentemente acompanha a experiência hospitalar. O verdadeiro desafio está em mediar essas interações com sensibilidade, reconhecendo o tempo de cada mulher, sua singularidade e os saberes que ela traz. É necessário saber dosar: orientar quando preciso, mas também sustentar silenciosamente quando for o momento de deixar emergir o saber materno.

A partir dessa concepção, o hospital passa a ser concebido como um ambiente potencialmente suficientemente bom para a mãe, desde que a equipe de saúde também possa sentir-se acolhida e sustentada em seu exercício profissional. É justamente nesse ponto que a proposta de Aiello-Vaisberg e Tachibana (2008) ganha destaque: ao proporem a consultoria terapêutica coletiva como dispositivo clínico voltado ao cuidado com os profissionais, elas visam restaurar a subjetividade e a gestualidade espontânea no trabalho hospitalar. Essa intervenção, fundamentada no método psicanalítico, trabalha o imaginário coletivo em grupos para transformar práticas excludentes, buscando romper com condutas defensivas e automatizadas, geralmente adotadas para lidar com o sofrimento alheio e com a própria vivência de impotência. Em um enquadre transicional, favorece a expressão emocional e a reflexão, beneficiando diretamente os profissionais e, indiretamente, os públicos atendidos, como gestantes e parturientes no ambiente hospitalar (Aiello-Vaisberg; Tachibana, 2008). Assim, ao promover um cuidado que integra a dimensão afetiva e subjetiva, este trabalho aponta para a possibilidade de um hospital que não apenas preserve a vida, mas também cultive as condições para o florescimento da relação mãe-bebê, essencial à constituição psíquica e ao desenvolvimento humano.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo compreender os efeitos da hospitalização pediátrica sobre a disponibilidade psíquica materna, à luz do referencial psicanalítico, com ênfase nas contribuições de Sigmund Freud e Donald Winnicott. A questão norteadora – como a hospitalização infantil impacta a disponibilidade psíquica materna? – foi explorada ao longo dos capítulos, que abordaram desde a constituição da função materna até os desafios impostos pelo ambiente hospitalar. As considerações finais aqui apresentadas articulam os resultados alcançados com os objetivos propostos, as hipóteses formuladas, a metodologia adotada e as diretrizes teóricas seguidas, conforme orientações de Cervo, Bervian e Silva (2007).

A pesquisa demonstrou que a hospitalização infantil constitui um contexto de ruptura significativo para a disponibilidade psíquica materna. A lógica institucional do ambiente hospitalar – centrada em normas rígidas, intervenções médicas constantes e escassa escuta subjetiva – muitas vezes desautoriza o gesto materno espontâneo. Tal configuração fragiliza o exercício das funções de *holding*, *handling* e apresentação de objetos, essenciais ao desenvolvimento psíquico do bebê, conforme delineado por Winnicott (1960/2011). A ausência de dispositivos institucionais que acolham a subjetividade materna, somada à sobrecarga emocional decorrente do adoecimento do filho, intensifica sentimentos de impotência, culpa e desamparo, interferindo na construção e sustentação do vínculo mãe-bebê. Dessa forma, confirmou-se a hipótese de que o ambiente hospitalar, ao se distanciar da concepção de ambiente suficientemente bom, pode comprometer a disponibilidade emocional da mãe, dificultando sua presença afetiva contínua.

A investigação possibilitou uma ampliação teórica do tema ao articular os fundamentos psicanalíticos com os atravessamentos presentes na hospitalização infantil. Embora a literatura psicanalítica explore amplamente a constituição da função materna, sua análise em contextos adversos como o hospitalar revelou especificidades importantes. Observou-se que, ao ser inserida em um ambiente hiperestimulante e regido por uma lógica técnico-operacional, a mãe enfrenta obstáculos que comprometem sua sensibilidade e criatividade no cuidado. A confrontação com a fragilidade do bebê, por sua vez, reativa vivências inconscientes e conteúdos arcaicos, exigindo uma elaboração psíquica frequentemente desconsiderada pelas rotinas institucionais (Queiroz *et al.*, 2020). Tais achados indicam a urgência de práticas hospitalares que incluam a mãe como sujeito ativo, promovendo um cuidado mais humanizado e integral.

Os objetivos gerais e específicos foram plenamente contemplados. O objetivo geral – compreender os efeitos da hospitalização pediátrica sobre a disponibilidade psíquica materna – foi desenvolvido por meio da análise teórica dos fundamentos psicanalíticos da função materna e sua interação com o ambiente hospitalar. O primeiro objetivo específico, relativo à constituição da disponibilidade psíquica materna à luz da psicanálise, foi aprofundado no capítulo “Como nasce uma mãe?”, com destaque para os conceitos de preocupação materna primária, holding, handling e apresentação de objetos, a partir de Freud, Winnicott e autores contemporâneos. O segundo objetivo, voltado à análise do impacto do ambiente hospitalar, foi desenvolvido no capítulo “O ambiente hospitalar e o ambiente suficientemente bom”, que discutiu a forma como as dinâmicas institucionais fragilizam o exercício da função materna e sugeriu estratégias para um cuidado mais sensível.

A metodologia exegética, baseada na leitura e interpretação crítica de textos psicanalíticos, mostrou-se adequada aos propósitos do estudo. A escolha por uma abordagem qualitativa permitiu uma escuta teórica aprofundada, favorecendo a articulação entre os conceitos psicanalíticos e as especificidades do contexto hospitalar, conforme sugerido por Mezan (2002). O levantamento bibliográfico, composto por obras clássicas e contemporâneas, contribuiu para o rigor e a profundidade das análises, oferecendo suporte teórico sólido à investigação.

A pesquisa enfrentou algumas limitações que restringiram sua abrangência. A principal delas foi a escassez de materiais bibliográficos recentes (2020–2025) sobre a disponibilidade psíquica materna, assim como a raridade de estudos que articulem especificamente o conceito de disponibilidade psíquica materna ao ambiente hospitalar, limitando a possibilidade de comparações e aprofundamentos teóricos. Outra restrição importante foi a dificuldade em explorar fatores contextuais adicionais que influenciam a função materna, como o papel da família e da rede de apoio social, devido à insuficiência de materiais disponíveis e à falta de tempo para uma análise mais detalhada. Essas lacunas impactaram uma parte da compreensão dos elementos que modulam a disponibilidade psíquica materna em situações adversas, deixando questões abertas sobre a interação entre fatores intra e extrapsíquicos. Para pesquisas futuras, sugere-se a realização de estudos empíricos que investiguem as vivências de mães em contextos hospitalares, a ampliação do levantamento bibliográfico e a inclusão de variáveis como suporte familiar, políticas institucionais e redes comunitárias. Essas abordagens podem superar as limitações

identificadas, enriquecendo a compreensão da função materna e promovendo intervenções mais eficazes na psicologia hospitalar.

Apesar dessas limitações, o estudo contribui para o fortalecimento de uma psicologia hospitalar comprometida com a escuta da subjetividade materna. O reconhecimento da mãe como sujeito implicado, atravessado por angústias, desejos e conflitos inconscientes, aponta para a necessidade de práticas institucionais mais sensíveis e inclusivas. A pesquisa recomenda a implementação de dispositivos clínicos como a consultoria terapêutica coletiva, conforme proposto por Aiello-Vaisberg e Tachibana (2008), que possibilitem a escuta compartilhada entre profissionais e mães, fortalecendo vínculos e promovendo a humanização do cuidado.

Conclui-se que a integração entre a teoria psicanalítica e a prática hospitalar pode enriquecer a compreensão sobre os efeitos da hospitalização infantil na função materna, oferecendo subsídios para a construção de ambientes que, além de preservar a vida, promovam o bem-estar psíquico da diáde mãe-bebê. Este estudo, ao refletir sobre a disponibilidade psíquica materna em contextos de vulnerabilidade, reafirma o compromisso ético da psicologia com a singularidade das experiências humanas, especialmente aquelas marcadas pela dor e pela fragilidade.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG,Tânia Maria José ; TACHIBANA, Miriam. O ambiente hospitalar suficientemente bom: sustentação da preocupação materna primária. Em: LANGE, E. S. N. (Ed.). **Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas.** São Paulo: Votor, 2008. p. 145–162.

ALMEIDA, Susana Gomes. **Mãe é quem deseja:** uma contribuição psicanalítica sobre o exercício da maternidade no contexto da adoção. 2023. 73f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Tocantins, Miracema do Tocantins, 2023.

ARAGÃO, Regina Orth de. **A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê.** 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Núcleo de Psicanálise, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007. Disponível em: https://more.ufsc.br/tese_dissert/inserir_tese_dissert. Acesso em: 21 dez. 2024.

ARRUDA, Nathacy Twane Gomes de. A mulher entre o desejo de ter filho e o desejo de ser mãe. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Campos dos Goytacazes - Rj, v. 11, n. 1, p. 1-10, 14 nov. 2021. Semestral. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/3094>. Acesso em: 30 maio 2025.

BONFIM, Vanessa Viana. **Relatos de desamparo e trauma em mulheres em situação de violência conjugal:** um estudo social e psicanalítico. 2023. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Piauí, Teresina, 2023.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 16 mar. 2025.

BRUN, Juliana Basso. **A construção do vínculo mãe-bebê no ambiente hospitalar.** 2021. 79 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/231902/001132325.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 maio 2025.

CARVALHO, Ângela Sousa de. **O exercício da maternidade no contexto da violência conjugal:** uma análise psicanalítica. Orientadora: Karla Patrícia Holanda Martins. 2021. 147 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.

CERVO, Amado Luiz e BERVIAN, Pedro Alcino e SILVA, Roberto da. **Metodologia científica.** São Paulo, SP: Pearson Prentice Hall, 2007

CHATELARD, Daniela Scheinkman; LOFFREDO, Ana Maria.; CAMPOS, Érico Bruno Viana . A Clínica Extensa na Interface entre a Universidade e a Atenção em Saúde . **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, n. spe, p. e36nspe3, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe3> Acesso em: 05 jun 2025

CRESPIN, Graciela. **A apetência simbólica do recém-nascido:** do estabelecimento do laço precoce aos sinais de risco de autismo. Porto Alegre: Escola de Estudos Psicanalíticos, 2022. 57 p.

DAVIS, Madeline; WALLBRIDGE, David. **Limite e Espaço:** uma introdução à obra de d. w. winnicott. Rio de Janeiro: Imago, 1982. 208 p.

ESSWEIN, Georgius Cardoso *et al.* Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3765–3780, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wCk557LPXv4y7KtGnPdyJ8q/abstract/?lang=pt> Acesso em: 04 jun 2025

EXEQUIEL, Nathalya Pereira; *et al.* Sentimentos vivenciados pelas mães na hospitalização neonatal. **Enfermagem em Foco**, Pelotas, RS, v. 12, n. 1, p. 73-78, 11 jun. 2021. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n1.4018>. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4018>. Acesso em: 30 maio 2024.

FOLINO, Cristiane da Silva Geraldo. **Sobre dores e amores:** caminhos da tristeza materna na elaboração psíquica da parentalidade. 2014. 213 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-02102014-161452/publico/folino_corrigida.pdf. Acesso em: 05 jun. 2025.
FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica (1895). *in:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 2019. v. 19.

FREUD, Sigmund. Introdução ao narcisismo (1914) *in:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 2019. v. 19.

FREUD, Sigmund. Psicologia de grupo e análise do Eu (1921) *in:* FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 2019. v. 19.

GALHARDO, Ester Duarte; MELO, Fellipe Oliveira; ANGELI, Olga Aparecida. A importância das fantasias inconscientes para a relação mãe-bebê: klein e atualidade. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 14, n. [], p. 1-17, 31 jul. 2024.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. Freud e o Inconsciente (1984). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

GUIRADO, Raquel Marques Benazzi. **Influências da transgeracionalidade em gestantes primigestas.** 2018. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-28052019-153716/publico/guirado_

me.pdf. Acesso em: 04 jun. 2025.

GUTFREIND, Celso. **Narrar, ser mãe, ser pai**. 2. ed. São Paulo: Bertrand Brasil, 2010. 256 p. (4).

JERUSALINSKY, Alfredo. **Quem analisa crianças?** Correio da APPoa, Porto Alegre, ano 12, n. 134, p. 7-14, abr. 2005.

JERUSALINSKY, Julieta. **A criação da criança:** letra e gozo nos primórdios do psiquismo. 2009. 272 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/15847>. Acesso em: 25 maio 2025.

JESUS, Daniel Pinho Senos de; ZORNIG, Silvia Maria Abu-Jamra. Desdobramentos psicopatológicos da identificação projetiva na parte bebê do self. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 24, n. 3, p. 38–45, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-44142021003005>. Acesso em: 04 Jan. 2025

LIMA, Roseni Medeiro *et al.* Experiences of Mothers During The Hospitalizatrion of Their Children / Experiências de Mães Durante a Internação Hospitalar de Seus Filhos. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 1286-1292, 4 out. 2019. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1286-1292>. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1286-1292>. Acesso em: 30 maio 2025.

MANNONI, M. **A criança sua “doença” e os outros:** o sintoma e a palavra. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

MENEZES, Meirielle Soares de; MAIA, Ingrid Bezerra Costa. A participação da família no processo de cuidado da criança hospitalizada. **Serviço Social e Saúde**, Campinas - Sp, v. 19, n. 020005, p. 1-20, 4 set. 2020. Universidade Estadual de Campinas.
<http://dx.doi.org/10.20396/ss.v19i0.8661082>. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ss/article/download/8661082/22965/78470>. Acesso em: 30 mar. 2025.

MEZAN, Renato. Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos e reflexões. In: MEZAN, Renato. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das letras, 2002, p.01.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

MONTEIRO, Mayla Cosmo. **Um Coração Para Dois:** a relação mãe-bebê cardiopata. 2004. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.17771/PUCRio.acad.4350>. Acesso em: 25 abr. 2025.

PAZIAN, Rafaela Tardivo. **Os sentimentos maternos diante da hospitalização da criança pequena:** em busca de um colo. 2007. 157 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2007.

Disponível em:

<https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/bf931b11-c15d-4c5e-bb88-903f2f88359e/content>. Acesso em: 22 maio 2025.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo - Rs: Feevale, 2013. 277 p.

REZENDE, Antônio Muniz de. A investigação em psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação. In: SILVA, M. E. L. (coord.). **Investigação e Psicanálise**. Campinas, Papirus, 1993.

ROCHA, Marlene Pereira da. **Elementos da Teoria Winnicottiana na Constituição da Maternidade**. 2006. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Núcleo de Estudos e Pesquisas de Práticas Psicoterápicas, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.

Disponível em:

<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15511/1/Dissertacao%20MARLENE%20PEREIRA%20DA%20ROCHA.pdf>. Acesso em: 04 out. 2024.

SABOIA, Camila; KUPFER, Maria Cristina Machado. O impacto da ausência do brincar precoce no processo do desenvolvimento psíquico do bebê. **Psicologia Usp**, [S.L.], v. 35, p. 1-12, 2024. Mensal. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e210095>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pusp/a/3fGyRvSYkVhfPNdKMyDsBBG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2025.

SILVA, Milena da Rosa *et al.* “QUE BOM QUE ELE HAVIA ESTRANHADO”: considerações sobre a metodologia irdi. **Psicologia Escolar e Educacional**, Porto Alegre, v. 25, p. 1-8, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pee/a/pPnSZytPCRgnFKszcxbhb9q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2025.

SILVA, Kátia Cristina da. **Quando vamos embora?**: a experiência da maternidade prematura no ambiente familiar. 2023. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2023. Disponível em:
<https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/f0403fa7-a35d-449a-9768-632b4e701b7b/content>. Acesso em: 05 jun. 2025.

TEPERMAN, Daniela Waldman. **Família, parentalidade e época**: um "nós" que não existe. 2012. 198 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:
https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-16082012-112951/publico/DANIEL_A_WALDMAN_TEPERMAN.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

VALENÇA, Eduarda Wanderley Santos; PACHECO, Juliana Oliveira Nascimento. **Implicações Do Confronto Com O Bebê Real Na Relação Materna A Partir Da Experiência De Estágio Na Uti Neonatal Do Hospital**. 2022. 18 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022. Disponível em:

<https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/10445/1/Implica%C3%A7%C3%B5es%20do%20confronto%20com%20o%20beb%C3%A9%20real%20na%20rela%C3%A7%C3%A7%C3%A3o%20materna%20a%20partir%20da%20experi%C3%A7%C3%A3o%20de%20est%C3%A7%C3%A1gio%20na%20UTI%20Neonatal%20do%20Hospital%20Professor%20Alberto%20Antunes.pdf>. Acesso em: 05 jun 2025.

WINNICOTT, Donald. (1956). A Preocupação Materna Primária. In: WINNICOTT, D. (1958). **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

WINNICOTT, D. (1957). A mãe dedicada comum. In: WINNICOTT, D. (1987). **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012. p. 1-11.

_____. (1958). O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, D. (1965). **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 3-20.

_____. (1958). **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1960). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: WINNICOTT, D. (1965). **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2011a. p. 21-28.

_____. (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: WINNICOTT, D. (1979). **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983a. p. 55-61.

_____. (1963). O Desenvolvimento da Capacidade de se Preocupar. In: WINNICOTT, D. (1979). **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983a. p.70-78.

_____. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, D. (1979). **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983b. p. 79-87.

_____. (1964). **A Criança e o seu Mundo**. Rio de Janeiro: LTC Ed. 1982.

_____. (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: WINNICOTT, D. (1987). **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012. p. 79-92.

_____. (1988). **Natureza humana**. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1990.