



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

JORDAN PRAZERES FREITAS DA SILVA

**REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL MATERNA
E NO VÍNCULO DE MÃES COM CRIANÇAS NASCIDAS NO CENÁRIO DE
DISTANCIAMENTO FÍSICO EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

FORTALEZA

2023

JORDAN PRAZERES FREITAS DA SILVA

REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL MATERNA E
NO VÍNCULO DE MÃES COM CRIANÇAS NASCIDAS NO CENÁRIO DE
DISTANCIAMENTO FÍSICO EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Avaliação em Saúde. Linha de Pesquisa: Avaliação Qualitativa de Serviços e Programas.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.

Coorientadora: Profa. Dra. Carla Renata Braga de Souza.

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S58r Silva, Jordan Prazeres Freitas da.
Repercussões da pandemia de Covid-19 na saúde mental materna e no vínculo de mães com crianças nascidas no cenário de distanciamento físico em contextos de vulnerabilidade social / Jordan Prazeres Freitas da Silva. – 2023.
158 f. : il.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2023.
Orientação: Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.
Coorientação: Profa. Dra. Carla Renata Braga de Souza.
1. COVID-19. 2. Saúde Mental. 3. Relação mãe-filho. 4. Vínculo Afetivo. 5. Vulnerabilidade Social. I.
Título.
-

CDD-610

JORDAN PRAZERES FREITAS DA SILVA

REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL MATERNA E
NO VÍNCULO DE MÃES COM CRIANÇAS NASCIDAS NO CENÁRIO DE
DISTANCIAMENTO FÍSICO EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Avaliação em Saúde. Linha de Pesquisa: Avaliação Qualitativa de Serviços e Programas.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.

Coorientadora: Profa. Dra. Carla Renata Braga de Souza.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Carla Renata Braga de Souza (Coorientadora)
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Taís Bleicher
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Profa. Dra. Olívia Andrea Alencar Costa Bessa
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE)

À minha família.
Àqueles que foram, que vieram e que virão.

AGRADECIMENTOS

A Jeová. Ao criador de tudo que há. Ao autor da minha fé.

À minha mãe, que desde cedo não mediu esforços para que eu e meus irmãos pudéssemos ter uma educação de qualidade. Viúva aos 29 anos, demonstrou a força de uma mulher nordestina que, embora nova, conseguiu criar dois filhos sozinha.

Ao meu pai que, aos 27 anos, partiu para a vida eterna, e que há 19 anos deixa saudades em nossos corações.

A Bryan e João Guilherme, meus irmãos, que mesmo com a distância que nos separa, o carinho continua enorme.

À minha avó, Francisca Araújo, e ao meu avô, Antônio Madeiro (em memória), pelo apoio e amor.

À minha avó, Rita Galvão, e ao meu avô, Zé, pelo amor.

Às minhas tias, Paula, Márcia e Elisandra.

A Felipe, pelo companheirismo, paciência e força em todo o processo de escrita deste trabalho (que não foi fácil). Você tem me ensinado bastante sobre a vida. Obrigado pelo carinho e a troca de todos os dias.

À Márcia Machado, minha orientadora de Mestrado e, agora, deste Doutorado. De maneira leve e carinhosa, você conseguiu transmitir um conhecimento maior que o científico. Obrigado por ter me aceitado como orientando.

À Carla Renata que, desde a graduação, tem segurado em minha mão e me ajudado na vida da pós-graduação.

À Taís Bleicher que, muito cedo, ainda no 5º semestre do curso de Psicologia, me ensinou sobre movimentos sociais, saúde mental e psicanálise.

À Olívia Bessa, pelas contribuições na construção desta tese e os ensinamentos na Escola de Saúde Pública do Ceará.

A Álvaro Madeiro, pelos diversos ensinamentos desde o Mestrado. Obrigado por ser essa referência no campo materno-infantil.

A André Moura, o “André Canindé”, muito obrigado pelas trocas e pela amizade, que vem desde 2018 lá do Quixeramobim.

À Alciléa Carvalho, por ser essa gerente e amiga tão dedicada e atenciosa com os outros ao seu redor. Obrigado pelo apoio e amizade.

À Milena Coelho, Vicente e Natasha, por serem coordenadores tão competentes e por me apoiarem durante o processo de doutoramento.

Aos colegas dos espaços de trabalho que tive a oportunidade de passar nesse período de doutoramento: ESP/CE, UNINASSAU, UNIATENEU, ESTÁCIO, PLUS, Hospital da Mulher e Abrigo dos Homens.

Aos amigos que sempre levo no coração: Bel, Natália, Eleonora, Camilly, Jéssica, Hanna, Matilde, Sayonara, Jamisse, Cláudia, Kaio, Gabi, Andreza, Lucas, Sarah, Lisa, Gladys, Messias, Day, Grazi, Fatinha e Elis.

Aos meus alunos, estagiários, orientandos de Psicologia e Enfermagem da UNINASSAU, ESTÁCIO, UNIATENEU e PLUS, em especial à Monalisa, pela ajuda no contato com as participantes da pesquisa.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil e Adolescência da UFC.
À Universidade Federal do Ceará (UFC).

À coordenação e aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da UFC.

À Dominik e Alexandre, secretários do PPGSP, pelo apoio em todas as demandas.

À Lorna Castelo Branco pela revisão ortográfica deste trabalho.

Às mulheres participantes deste estudo. Obrigado por abrirem as portas de suas casas para minha pesquisa.

À Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) e a David Rockefeller Center for Latin American Studies (DRCLAS) pelo incentivo financeiro ao desenvolvimento de pesquisas durante este Doutorado.

*Que vontade eu tenho de sair
Num carro de boi ir por aí
Estrada de terra que
Só me leva, só me leva
Nunca mais me traz
Que vontade de não mais voltar
Quantas coisas eu vou conhecer
Pés no chão e os olhos vão
Procurar, onde foi
Que eu me perdi
Num carro de boi ir por aí
Ir numa viagem que só traz
Barro, pedra, pó e nunca mais*

(Carro de Boi - Cacaso e Maurício Tapajós)

*Porque se chamava moço
Também se chamava estrada
Viagem de ventania
Nem lembra se olhou pra trás
Ao primeiro passo aço aço aço*

*Porque se chamava homem
Também se chamavam sonhos
E sonhos não envelhecem
Em meio a tantos gases
Lacrimogênios ficam calmos calmos calmos*

E lá se vai mais um dia

*E basta contar com passo
E basta contar consigo que a chama não tem pavio
De tudo se faz canção e o coração na curva de um rio*

E lá se vai mais um dia

*E o rio de asfalto e gente
Entorna pelas ladeiras
Entope o meio fio
Esquina mais de um milhão
Quero ver então a gente*

E lá se vai mais um dia

(Clube da Esquina II – Lô Borges, Márcio Borges e Milton Nascimento)

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19 tem repercutido negativamente na saúde mental de parte da população, principalmente em públicos considerados como grupos de risco.

Objetivo: Compreender as repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde mental materna e no vínculo de mães com crianças nascidas no cenário de distanciamento físico em contextos de vulnerabilidade social em Fortaleza, Ceará. **Método:** Trata-se de um estudo de campo, com abordagem qualitativa e de natureza exploratória. Ocorreu durante o período de maio a julho de 2023, recorreu à Entrevista Semiestruturada para coleta de dados e, para processamento do material empírico, utilizou-se como lente a Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal do Ceará (UFC) para apreciação das proposições éticas de pesquisa e obteve parecer favorável com nº 5.159.476. **Resultados:** Foram entrevistadas 18 (dezoito) mulheres que tiveram filhos durante o período do distanciamento físico, instituído pelo Decreto Estadual nº 33.519, de 19 de março de 2020, do Estado do Ceará. Após o processamento do conteúdo apreendido no trabalho, elaborou-se, a partir das características da Análise de Conteúdo Temática, três eixos estruturantes que favoreceram a categorização dos resultados encontrados: Saúde mental materna em contextos adversos relacionados à pandemia de COVID-19, modos de vida e relações sociais de mulheres que vivenciam cenários de vulnerabilidade social e constituição da maternagem e do vínculo entre o binômio mãe-bebê. Evidenciou-se, inicialmente, como algumas participantes suportavam diversas situações de sofrimentos psíquicos em seus contextos, e como elas desenvolveram estratégias para conseguir lidar com as experiências adversas. Além disso, verificou-se que diversas entrevistadas não possuíam trabalho formal remunerado, que todas realizavam algum tipo de tarefa ligada ao lar e, que isso, vinculado ao hábito de acordar cedo, se relacionava com cansaço extremo, pouco tempo para descanso e com a realização de poucas atividades de lazer. Ademais, constatou-se como algumas mulheres tinham fortes redes de apoio social e afetiva (formada, principalmente, por familiares, amigos, instituições religiosas e serviços de saúde), enquanto outras estavam com esse sistema fragilizado. Outrossim, percebeu-se como a maioria das participantes tiveram gestações não planejadas e, algumas, inclusive, não desejadas. Para além disso, apreendeu-se que a imposição social de incorporação pelo desejo da gestação também esteve presente na vida das participantes. Ainda, identificou-se que, para algumas mães, as experiências iniciais durante o nascimento do bebê foram relevantes para o vínculo do binômio mãe-bebê, já para outras, esse apego ocorre por meio de trocas diárias

com o filho, como em momentos de cuidado, amamentação e brincadeiras. Por fim, entendeu-se como há fragilidade nas políticas públicas voltadas ao campo da saúde mental materna, bem como existe um desconhecimento sobre o acesso aos dispositivos da RAPS, e como, mesmo com o contexto de pandemia de COVID-19 e a realidade causada por ela, o cuidado em saúde mental continua, em alguns cenários, com acesso deficitário. **Considerações finais:** Diante de uma perspectiva de um cuidado ético-político, é preciso ampliar o arcabouço científico do tema central da tese, logo, espera-se que os resultados deste trabalho possam servir como pilar, inclusive, para discussões do Estado no planejamento de Políticas Públicas intersetoriais para o público materno-infantil, como a criação de uma linha de cuidado em saúde mental materna.

Palavras-chave: COVID-19. Saúde Mental. Saúde Materno-Infantil. Vínculo Afetivo. Relações Mãe-Filho. Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic has had a negative impact on the mental health of part of the population, especially those considered to be at risk. **Objective:** To understand the repercussions of the COVID-19 pandemic on maternal mental health and on the bond of mothers with children born in a scenario of physical distancing in contexts of social vulnerability in Fortaleza, Ceará. **Method:** This is a field study with a qualitative approach and of an exploratory nature. It took place between May and July 2023, used semi-structured interviews to collect data and used Bardin's Thematic Content Analysis as a lens to process the empirical material. It was submitted to the Research Ethics Committee (CEP) of the Federal University of Ceará (UFC) for consideration of the ethical propositions of the research and obtained opinion number. 5.159,476. **Results:** Eighteen (18) women who had children during the period of physical distancing, established by State Decree No. 33,519, of March 19, 2020, of the State of Ceará, were interviewed. After processing the content apprehended in the work, three structuring axes were elaborated based on the characteristics of Thematic Content Analysis, which helped categorize the results found: Maternal mental health in adverse contexts related to the COVID-19 pandemic, Lifestyles and social relations of women who experience scenarios of social vulnerability and Constitution of motherhood and the bond between the mother-baby binomial. Initially, it became clear how some of the participants endured various situations of psychological suffering in their contexts, and how they developed strategies to cope with adverse experiences. In addition, it was found that several of the women interviewed did not have a formal paid job, that they all did some kind of household chore, and that this, coupled with the habit of waking up early, led to extreme tiredness, little time for rest and few leisure activities. In addition, some of the women had strong social and emotional support networks (mainly made up of family, friends, religious institutions and health services), while others had weakened these. Furthermore, most of the participants had unplanned pregnancies, some of which were even unwanted. In addition, we learned that the social imposition of incorporating the desire for pregnancy was also present in the participants' lives. It was also identified that for some mothers, the initial experiences of the baby's birth were relevant to the mother-baby bond, while for others, this attachment occurred through daily exchanges with the child (during care, breastfeeding and play). Finally, it was understood that there is weakness in public policies aimed at maternal mental health, as well as a lack of knowledge about access to RAPS devices, and that even in the context of the COVID-19 pandemic, and the reality caused by it, mental health care continues,

in some scenarios, with poor access. **Final considerations:** From the perspective of ethical-political care, it is necessary to expand the scientific framework of the central theme of the thesis, and it is hoped that the results can serve as a pillar, including for state discussions in the planning of intersectoral public policies for the maternal and child public.

Keywords: COVID-19. Mental Health. Maternal and Child Health. Emotional Bond. Mother-Child Relations. Social Vulnerability.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Três raízes da constituição da Saúde Coletiva.....	32
Figura 2 – Mapa das Secretarias Executivas Regionais (SER) e bairros de Fortaleza.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos, eixos e categorias analíticas da pesquisa.....	75
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

APS – Atenção Primária à Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CHS – Ciências Humanas e Sociais

CIEVS – Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde

COE – Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública

COVID-19 – Doença do Novo Coronavírus

CREDI – Desenvolvimento na Primeira Infância Relatado por Cuidadores

CS – Centro de Saúde

DMPS – Departamento de Medicina Preventiva

EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESPIN – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

EUA – Estados Unidos da América

FMCSV – Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

GP – Grupo de Pesquisa

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HOT – História Oral Temática

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPREDE – Instituto da Primeira Infância

MC – Medicina Comunitária

MEC – Ministério da Educação

MP – Medicina Preventiva

MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAFAS – Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar
PIB – Produto Interno Bruto
PNAS – Política Nacional da Assistência Social
PPGSP – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SC – Saúde Coletiva
SER – Secretaria Executiva Regional
SM – Saúde Mental
SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRQ – Self Report Questionnaire
SUAS – Sistema Único da Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
TEPT – Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TMC – Transtorno Mental Comum
UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC – Universidade Federal do Ceará
UFSCAR – Universidade Federal de São Carlos
UNIFOR – Universidade de Fortaleza
VS – Vulnerabilidade Social

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – CAMINHANDO CONTRA O TEMPO, SEM LENÇO E SEM DOCUMENTO NO SOL DE QUASE SETEMBRO: RETALHOS QUE FORMAM UMA TESE	20
1.1 Objeto de pesquisa da tese: (des)construções, justificativas e relevância de um problema	21
1.2 Bases teóricas que sustentam a epistemologia da tese em Saúde Coletiva.....	25
1.3 Objetivos da pesquisa e percurso da escrita dos capítulos da tese.....	28
CAPÍTULO 2 – BREVE CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA GÊNESE DA SAÚDE COLETIVA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	31
2.1 Para além do biologicismo de doença? O preventivismo no Brasil.....	32
2.2 A baixa cobertura dos serviços de saúde no Brasil: pressupostos históricos da medicina comunitária brasileira.....	35
2.3 O processo saúde-doença e o autoritarismo: o surgimento da medicina social no Brasil.....	37
2.4 A redemocratização do país, a reforma sanitária e psiquiátrica: bases da Saúde Coletiva.....	40
CAPÍTULO 3 – SAÚDE MENTAL E O CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19	42
3.1 Contexto histórico da política de saúde mental brasileira	42
3.2 COVID-19 e Saúde Mental.....	45
3.3 Saúde mental materna e COVID-19	46
CAPÍTULO 4 – MATERNAGEM E O VÍNCULO MÃE-BEBÊ	49
4.1 O ambiente e a maternagem.....	49
4.2 Constituição e manutenção do vínculo mãe-bebê.....	52
CAPÍTULO 5 – AS QUESTÕES EM TORNO DA VULNERABILIDADE SOCIAL E O CENÁRIO BRASILEIRO	55
5.1 História do Brasil e constituição da desigualdade social: da chegada dos portugueses à urbanização	56
5.2 Os direitos sociais na Constituição de 1988 e o percurso da Proteção Social no Brasil.....	59
5.3 A realidade das famílias brasileiras que vivenciam a situação de vulnerabilidade social e o contexto de COVID-19	61
CAPÍTULO 6 – “VOCÊ NÃO SABE O QUANTO EU CAMINHEI PARA CHEGAR ATÉ AQUI”: PERCURSOS METODOLÓGICOS DA CONSTRUÇÃO DA TESE	63
6.1 Tipo de pesquisa e a perspectiva qualitativa para a tese	63

6.2	Sujeitos participantes do estudo.....	65
6.2.1	<i>Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos participantes</i>	65
6.3	Cenário de estudo da tese.....	66
6.4	Itinerários para obtenção do material empírico e formação do corpo discursivo do trabalho	67
6.5	Análise do material empírico	68
6.6	Aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.....	69
CAPÍTULO 7 – “QUANDO EU SOLTAR A MINHA VOZ, POR FAVOR ENTENDA, QUE PALAVRA POR PALAVRA... EIS AQUI UMA PESSOA SE ENTREGANDO”:		
RESULTADOS E DISCUSSÕES DA TESE		
7.1	Caracterização das participantes da pesquisa	70
7.2	Os desafios e as possibilidades do campo de estudo escolhido	72
7.3	A emergência dos eixos e categorias analíticas da tese	73
7.3.1	<i>Saúde mental materna em contextos adversos relacionados à pandemia de COVID-19</i>	76
7.3.1.1	<i>“Eu sinto muita tristeza dentro de mim, vontade de desistir de tudo, vontade de sumir, eu sinto vontade de morrer”</i> : experiências maternas de sofrimentos psíquicos	76
7.3.1.2	<i>“Eu busco ficar com um pensamento mais otimista e não deixar me abater”</i> : estratégias de cuidado utilizadas por mulheres para lidar com os sofrimentos psíquicos	82
7.3.2	<i>Modos de vida e relações sociais de mulheres que vivenciam cenários de vulnerabilidade social</i>	87
7.3.2.1	<i>“Meu dia é tão corrido, que ultimamente eu nem ando tendo vida”</i> : práticas cotidianas de trabalho, lazer e consumo de mulheres no período do pós-COVID-19.....	87
7.3.2.2	<i>“Ter alguém para contar nas horas de “perrengue” é muito importante”</i> : redes de apoio social e afetivo de mulheres em cenários vulneráveis	94
7.3.3	<i>Constituição da maternagem e do vínculo entre o binômio mãe-bebê</i>	98
7.3.3.1	<i>“Olhava para meu filho e prometia para ele que eu iria cuidar dele e fazer de tudo para dar o melhor de mim”</i> : percepções maternas sobre a gestação e os cuidados com os filhos nascidos no distanciamento físico.....	98

7.3.3.2 “É um amor que a gente sabe que vai ter que cuidar, zelar, até os últimos dias da gente, não tenho palavras para descrever”: estabelecimento e manutenção do vínculo mãe-bebê	104
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS (MAS MOMENTÂNEAS).....	111
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	137
APÊNDICE B – IMAGENS PARA REMEMORAÇÃO.....	140
APÊNDICE C – PERGUNTA DE PARTIDA PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	145
APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	146
ANEXO A – PRODUÇÕES REALIZADAS DURANTE O PROCESSO DE DOUTORAMENTO.....	149

CAPÍTULO 1 – CAMINHANDO CONTRA O TEMPO, SEM LENÇO E SEM DOCUMENTO NO SOL DE QUASE SETEMBRO: RETALHOS QUE FORMAM UMA TESE

*Nada do que foi será
De novo do jeito que já foi um dia
Tudo passa, tudo sempre passará*

*A vida vem em ondas
Como um mar
Num indo e vindo infinito*

*Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente viu há um segundo
Tudo muda o tempo todo no mundo*

(Como uma onda - Lulu Santos)

Como iniciar a escrita de uma tese de Doutorado do Campo da Saúde Coletiva, em um período como o que vivenciamos, no qual uma pandemia foi capaz de transformar o dia a dia de diversas famílias? Responder essa pergunta é um tanto quanto complexo. Por isso, é necessário introduzir este trabalho com alguns aspectos que me movem, na qualidade de estudante, pesquisador, psicólogo, professor e, acima de tudo, sujeito a querer estudar o “objeto” de pesquisa deste trabalho – que, quem me dera, poderei chamar de meu.

Outra vez, assim como na escrita de minha dissertação, com uma brisa leve que bate no meu rosto que esteve mascarado por bastante tempo – aquela que habitualmente me faz lembrar do mar e acaba despertando diversos pensamentos –, eu recorro às diversas privações que a pandemia me ocasionou; sobre as “idas e vindas” do “meu lugar” de profissional-psicólogo nesse momento que foi... (vou caracterizá-lo como “delicado”, mas deixarei que meu leitor complete essa frase a partir de suas experiências). Essas lembranças me fizeram começar a perceber a pandemia por COVID-19 como um tipo de “ponto de corte”, que tem demonstrado que, de fato, *nada do que foi será, de novo do jeito que já foi um dia*, devido às diversas marcas que ela tem deixado em nossas vidas.

No início deste processo de doutoramento, que ocorreu, em boa parte, de maneira *on-line*, diversas discussões realizadas nas disciplinas levantaram reflexões em mim. Confesso que houve uma dificuldade minha em estudar no regime remoto, entretanto, o *on-line* oportunizou que o longe ficasse mais perto. Tive a possibilidade de escutar diversas referências do Campo da Saúde Coletiva (SC) em eventos digitais. Lembro-me de quantas

vezes, ouvindo as falas de grandes autores do campo, eu me indagava sobre a minha capacidade teórica para construir uma tese na SC.

Diante das demandas sociais que perpassam essa pandemia, eu lembro de Adriana Calcanhoto cantando “[...] *eu gosto dos que têm fome, dos que morrem de vontade, dos que secam de desejo, dos que ardem [...]*” e me indago: As intervenções do Estado para esses que têm fome conseguem responder às necessidades deles? O que a academia científica tem produzido para esses que vivenciam situações de vulnerabilidade social? A formação que as Instituições de Ensino Superior (IES) têm favorecido às profissões conseguem atender às demandas sociais das comunidades? Será que esta tese poderá trazer algum benefício para essas pessoas? Em que eu poderei contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas com a conclusão deste trabalho?

Em um movimento nacional, principalmente no último governo, em que acabamos vivenciando retrocessos, desmonte de políticas públicas e escassez de financiamentos para pesquisas científicas, defender uma tese e “carregar” um título de Doutor é uma tarefa difícil. Inclusive, agradeço a você leitor, que por meio de seus impostos, tornou possível a realização deste doutoramento em uma universidade pública, gratuita e sempre em busca de qualidade.

Apesar de todos esses entraves, continuo *caminhando, cantando*, pesquisando e buscando entrelaçar, neste trabalho, o campo da SC com a Psicanálise. Dessa maneira, para situar melhor meu leitor sobre a construção desta tese, tentarei apresentar alguns retalhos de vivências que formam, talvez, uma pequena história. Gostaria de que essa história fosse embasada em uma vida, que no caso, seria a minha; todavia, se detalhasse minhas memórias para tecer essa construção, este trabalho ficaria bastante extenso. Portanto, nos próximos parágrafos, com a linha da escrita irei alinhar esses retalhos para demonstrar os acontecimentos que se relacionam entre mim e a proposta de pesquisa.

1.1 Objeto de pesquisa da tese: (des)construções, justificativas e relevância de um problema

*Eu quero ficar perto
De tudo que acho certo
Até o dia em que eu mudar de opinião
A minha experiência
Meu pacto com a ciência
O meu conhecimento é minha distração*

(Coisas que eu sei – Dani Carlos)

No decorrer da primeira onda de contaminação por COVID-19, entre março e junho de 2020, em Fortaleza, Ceará, o Grupo de Pesquisa (GP) em Saúde Materno-Infantil e Juventude da Universidade Federal do Ceará (UFC), do qual faço parte, realizou o estudo piloto denominado “Gravidez durante COVID-19, em Fortaleza, Ceará: percepção materna sobre a saúde mental, expectativas, medo e os cuidados prestados ao filho” (Machado *et al.*, 2021), com o objetivo de analisar os sentimentos e a percepção de mães sobre as estratégias para não disseminação da COVID-19 e as formas de cuidado durante o distanciamento físico. Baseado nos resultados encontrados na pesquisa, que percebeu intenso sofrimento psíquico, surgiu, no grupo, o desejo em adentrar, de forma aprofundada, nos aspectos não ditos que os números, para além das conformações negativas demonstradas, poderiam apresentar.

Em decorrência desses achados, uma colega de grupo de pesquisa e eu, em agosto de 2020, ficamos responsáveis de realizar uma pesquisa qualitativa com aquelas mães, buscando sanar alguns questionamentos emergidos. O material obtido nessa investigação serviu como base para a construção de minha dissertação, intitulada **“Implicações da pandemia de COVID-19 nas condições e nos modos de cuidado ofertados na primeira infância”** (Silva, 2020) que, no mesmo ano, foi defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFC.

A dissertação demonstrou que, no discurso das gestantes entrevistadas, existiam incertezas sobre a situação de saúde que o país vivenciava, conforme os excertos: “[...] não se sabe de nada, estou cheia de questionamentos, sem respostas, e isso tem causado muito medo”, “[...] só chegou a notícia, pelos jornais, que a gente deveria ficar isolada e não falam nada dessa doença” [...] a gente não sabe o que vai vir, o que é o vir com essa pandemia, [...] eu fiquei procurando ler tudo que via na minha frente sobre essa doença, ninguém sabia de nada, aí dá um medo, uma ansiedade e tudo isso acaba que sendo uma avalanche na sua vida”. As falas das gestantes evidenciaram que as dúvidas sobre a pandemia e a falta de informação causavam sintomas de ansiedade, cansaço extremo, estresse, irritabilidade, impaciência e preocupação (Silva, 2020).

A realidade encontrada conseguiu responder algumas indagações do grupo, porém, o material empírico coletado despertou novas reflexões em todos, pois, talvez, fosse relevante acompanhar essas gestantes para verificar os efeitos posteriores desses sentimentos na mulher e no bebê que ela carregara. Percebeu-se, ainda, que pouco se ouviu sobre as experiências do público de gestantes que vivenciava o fenômeno da Vulnerabilidade Social (VS), e que elas, diante das questões que rodeiam a VS, poderiam estar passando por situações bem mais

difíceis (Machado *et al.*, 2021).

Diante do resultado da pesquisa inicial e das novas indagações, a Profa. Márcia Machado, minha orientadora pela UFC, e a Profa. Márcia Castro, da *Harvard School of Public Health*, procuraram criar uma cooperação entre as duas instituições, juntamente com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), para desenvolver uma coorte¹ que acompanhasse as crianças que nasceram no período do distanciamento físico, entre julho e agosto de 2020, e suas mães². No estudo piloto realizado na primeira onda de COVID-19, foi possível construir um banco de dados com 1.081 (hum mil e oitenta e um) mulheres que estavam gestantes. A partir desse material apreendido, entrou-se em contato com as mães, convidando-as para participar da pesquisa longitudinal. Ao final do levantamento de interesse das participantes, obteve-se um número de 351 (trezentas e cinquenta e uma) mulheres desejantes a contribuir com o estudo.

Nesse contexto, selecionou-se um grupo de pesquisadores para serem responsáveis por realizar visitas domiciliares aos lares dessas participantes a cada 06 (seis) meses, pelos próximos 05 (cinco) anos (2021-2025). Durante os encontros de acompanhamento do binômio mãe-bebê, estão sendo aplicados os instrumentos: *Self Report Questionnaire* (SRQ-20); Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS); Desenvolvimento na Primeira Infância Relatado por Cuidador (CREDI); e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), para verificar a saúde mental materna, o desenvolvimento e a alimentação infantil, e a parentalidade da díade mãe-bebê (Castro *et al.*, 2022).

A partir dessas informações, em janeiro de 2021, deu-se início à pesquisa de coorte. Em resultados preliminares da aplicação do SRQ-20, instrumento que avalia o sofrimento mental (Beusenberg *et al.*, 1994), percebeu-se aumento no número de sintomas ansiosos e depressivos entre as mães. Essa condição deixou a equipe do GP preocupada, principalmente porque, conforme apontam Steen *et al.* (2019), a temática da saúde mental materna é um tema de pouca visibilidade entre os países.

Dessa forma, os primeiros movimentos que serviram como pilar para o objeto de estudo desta tese, alicerçam-se nas indagações criadas no Grupo de Pesquisa perante a

¹ Estudos de coorte fazem parte do grupo de estudos observacionais de cunho epidemiológico que se propõem a observar, em uma população previamente definida, qual será a incidência de determinada doença ou fenômeno relacionado à saúde ou à doença (Silva *et al.*, 2020). A coorte acompanhada pela Profa. Márcia Machado em conjunto com a professora Márcia Castro se chama “Iracema COVID-19: avaliação da saúde mental materna, desenvolvimento infantil e impactos da pandemia na parentalidade de famílias residentes de Fortaleza-CE” e realizará visitas de acompanhamento a cada 6 meses durante cinco anos (2021–2025).

² Essas mulheres participaram do estudo inicial “Gravidez durante COVID-19, em Fortaleza, Ceará: percepção materna sobre a saúde mental, expectativas, medo e os cuidados prestados ao filho”, estavam grávidas no início da pandemia e pariram ainda no ano de 2020.

importância da saúde mental materna na qualidade do desenvolvimento de uma criança. Ao adentrar nesse aspecto, lembrei-me, ainda, da relevância em torno da constituição e manutenção do vínculo entre mãe-filho. No passo que vinham essas lembranças, retornei à resposta de uma das mulheres entrevistadas em minha dissertação. Ao perguntá-la sobre sua condição psíquica e o cuidado com a criança que carregava no ventre, obtive como resposta o seguinte excerto: “Meu filho, às vezes, eu não sei como vou conseguir criar essa criança, pois não tenho mais nervos para cuidar de ninguém” (Silva, 2020). Esse achado se relaciona com um fenômeno que foi percebido na coorte: as implicações da COVID-19 no vínculo entre mãe-bebê. Entretanto, a narrativa materna, que poderia aprofundar os achados, não é foco da coorte, mas, criou espaço para que o GP indagasse à constituição e à manutenção do vínculo mãe-bebê no contexto da pandemia de COVID-19.

Ainda sobre a perspectiva de vínculo, recordo da minha vivência como psicólogo de um serviço de acolhimento para pessoas em situação de rua, equipamento da Política Nacional da Assistência Social (PNAS) (Brasil, 2004). Lembro dos diversos diálogos que mantive com os usuários do dispositivo. No primeiro contato entre esses sujeitos e os técnicos de referência (assistente social ou psicólogo), era habitual que eles narrassem suas histórias até a entrada na vivência da situação de rua. Vários eram os fatores que atravessavam as “justificativas” da vivência na rua, contudo, uma parte dos usuários relatava estar experienciando aquela circunstância por ter crescido naquela realidade e, ademais, por questões relacionadas à fragilização ou ao rompimento dos vínculos familiares.

Sob essa ótica, avancei na interpretação da importância da relação inicial entre bebê e cuidador primário. Deixei de perceber, de maneira longínqua, as construções acerca da relação mãe-filho, para relacionar, de maneira empírica, através de vivências. Além disso, hoje, em 2023, após a minha atuação como psicólogo em uma maternidade em Fortaleza/CE, no momento do distanciamento físico, espaço que bastante me ajudou a (re)perceber a relevância do vínculo mãe-bebê, tenho buscado propagar, entre famílias próximas a mim, que a qualidade, a segurança e a estabilidade desses laços estão fortemente associados ao desenvolvimento e à saúde mental dos indivíduos (Bowlby, 1969). Todavia, apesar da tentativa de promover ações educativas entre os sujeitos, tem sido possível observar, em diversos contextos, que a saúde mental materna é um fator que se entrelaça com os aspectos em torno da construção e do fortalecimento de um vínculo saudável (Irurita-Ballesteros *et. al*, 2019; Mäder *et. al*, 2013; Alvarenga *et. al*, 2012).

Para mais, recordei minhas idas ao Instituto da Primeira Infância (IPREDE) para supervisionar estágios em Psicologia. Era habitual perceber as diferentes formas de

tratamento que as mães, que vivenciavam a situação de vulnerabilidade social, dispensavam a seus filhos. Percebi que um possível vínculo prejudicado se manifesta de várias formas, como a impaciência e a agressão, externadas por palavrões voltados à criança, além de gestos rudes e dificuldade de demonstrar afeto.

Com base nessas experiências e nos resultados iniciais encontrados na coorte, em uma reunião do Grupo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil, chegamos ao objeto de pesquisa desta tese: **o desconhecimento sobre as repercussões que a pandemia de COVID-19 pode ter trazido à saúde mental materna e, conseqüentemente, no vínculo de mães com crianças nascidas no cenário do distanciamento físico em contextos de vulnerabilidade social.** Portanto, a partir das relações descritas anteriormente, e desse objeto, surgiu a pergunta que fundamentou esta tese: *Quais as repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde mental materna e no vínculo de mães com crianças nascidas no cenário de distanciamento físico em contextos de vulnerabilidade social em Fortaleza, Ceará?*

É com essa indagação, e entendendo que houve alterações sociais, econômicas e psicológicas provocadas pela pandemia de COVID-19 à sociedade, que se abre espaço para a relevância do trabalho, haja visto que compreender sobre as repercussões da pandemia na saúde mental materna e no ambiente de qualidade para a díade mãe-bebê (e todos) torna-se atividade essencial para o Campo da Saúde Coletiva. Outrossim, é importante conhecer essa realidade para que se possa pensar a criação de políticas públicas voltadas especificamente para o público materno-infantil. Portanto, esta pesquisa buscou dar continuidade às discussões iniciadas em minha dissertação e percebidas na coorte Iracema-COVID.

1.2 Bases teóricas que sustentam a epistemologia da tese em Saúde Coletiva

Mas, afinal, este objeto de pesquisa é importante o suficiente para servir como pilar para a conclusão de um doutorado em Saúde Coletiva? As construções realizadas até aqui acerca da temática escolhida se ancoram em qual referencial? Como esse referencial se relaciona com os escritos dos tópicos anteriores? Essas foram algumas perguntas levantadas na disciplina “Seminários do Desenvolvimento da Tese” que me serviram como suporte para escrever este subitem do trabalho.

A partir das experiências geradas no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFC, percebi que, embora estejamos em 2023, os reflexos causados pela pandemia ainda estão latentes. Refleti sobre como a Saúde Coletiva foi importante para a passagem por esse momento de crise, demonstrando o protagonismo do Sistema Único de Saúde (SUS) e de

pesquisadores do campo, no compromisso ético do cuidado e em defesa da vida.

Essas indagações e as reflexões geradas na Pós-Graduação me serviram para adensar os paradigmas epistemológicos da tese. Desse modo, recorri aos referenciais de Bowlby sobre o Apego, Winnicott em relação à dependência do bebê ao ambiente, autores contemporâneos que se debruçam sobre estudos acerca da saúde mental materna e da vulnerabilidade social; e escritos sobre o Campo da Saúde Coletiva para construir esta pesquisa. Assim, nas próximas linhas, convido você, leitor, a se aprofundar comigo nesses aspectos do trabalho.

Segundo Winnicott (1983), o vínculo afetivo é o elo que liga o indivíduo com o outro e se relaciona em como as pessoas se portam emocional e comportamentalmente entre si, ou seja, caracteriza-se como um interesse insistente em manter proximidade com uma ou algumas pessoas selecionadas. Nessa perspectiva, Bowlby (1969) percebe o apego como uma subcategoria do vínculo, e discute como, a partir da busca da sensação de segurança, o ser humano busca proximidade no outro. O autor conclui que o apego perpassa toda a constituição dos seres humanos, e a forma como ele ocorre na infância possui peculiaridades e é basilar para a maneira como o indivíduo desenvolverá suas futuras relações. Nesse sentido, na primeira infância, a figura de apego serve como refúgio para que o bebê explore o desconhecido e encontre segurança em seus momentos de medo (Bowlby, 1969).

Por essa ótica, Bowlby (1969) percebe que existem tipos de apego. O teórico acreditava que o apego poderia ser do tipo seguro ou inseguro, dependendo das interações estabelecidas entre a díade mãe-bebê. Por conseguinte, para que o sujeito desenvolva um apego seguro, é preciso que o ambiente em que a criança se desenvolva seja favorável às suas necessidades iniciais. Segundo Winnicott (1948), o ambiente em que o desenvolvimento infantil ocorre é formado, inicialmente, pela mãe-ambiente, essa que responde às demandas do bebê, o que justifica a dependência absoluta da criança pelo ambiente.

Winnicott (1982) narra que, por aspectos maturacionais, a criança irá se desenvolver, no entanto, a qualidade desse desenvolvimento está totalmente ligada ao ambiente. Logo, precisa-se que a figura materna seja capaz de compreender a criança e se identificar com suas necessidades, auxiliando-a em seu processo de desenvolvimento. O psicanalista acreditava que os sentimentos da mãe durante a gestação, parto e puerpério possuem relação com a forma como a mulher desenvolveria a sensibilidade de cuidar de seu filho, fenômeno que o teórico denomina de “preocupação materna primária” (Winnicott, 1948).

Com base na perspectiva dessa preocupação, Winnicott discute que para que a mãe consiga desenvolver esse estado psicológico, ela precisa estar saudável (Winnicott, 1948). Logo, externaliza-se aqui a relevância de se pesquisar sobre a saúde mental materna, uma vez

que segundo Stofel *et al.* (2021), mães adoecidas psiquicamente demonstram afeto abatido ou apático (*flat affect*) e estimulam menos seus bebês. Além do que, mães deprimidas tendem a ser menos responsivas a seu bebê do que mães não deprimidas, e relatam mais dificuldades no cuidado com suas crianças (Oliveira *et al.*, 2022).

É nesse cenário que a literatura (Stein *et al.*, 2020; Irurita-Ballesteros *et. al.*, 2019) aponta que mães que estão em sofrimento psíquico, na maioria das vezes, não conseguem desenvolver interações sensíveis com sua criança. Assim, conforme Winnicott (1982) e Kliemann *et al.* (2017), as condições psicológicas maternas afetam o processo de constituição da maternagem (forma de uma mãe cuidar de seu bebê de maneira boa, protetora), fazendo com que a mulher seja mais hostil, menos afetuosa ou menos consistente afetivamente, menos comunicativa, menos habilidosa no trato com o bebê e mais propensa a punir e usar disciplina.

Com isso, percebe-se a relação entre saúde mental materna e constituição/manutenção de vínculo entre a díade mãe-bebê. Conforme discorre Bowlby (1969), em ambientes de ameaça ou estresse, o funcionamento geral de uma família é alterado, influenciando a instauração de relações negativas entre os membros. Isto posto, além dos aspectos ligados ao próprio adoecimento da mãe, é preciso reiterar que o ambiente real, esse lugar físico onde essa cuidadora e a criança se encontram, também pode interferir no vínculo afetivo.

Como discute Winnicott (1982, p. 15), “há razões justificadas para que ela (mãe) se sinta (...) inclinada a depender de alguém, (...) pois está em uma posição difícil” (proporcionar ambiente positivo ao bebê). Por essa via, Yunes *et al.* (2018) expõem que existem aspectos positivos que se ligam e proporcionam qualidade ao ambiente em que a díade está, e entre esses pontos, pode-se citar: as redes de apoio social e afetivo da família. Para Prates *et al.* (2015), possuir esse suporte é fundamental, pois é um fator de proteção determinante ao bem-estar materno-infantil. Essa “soma das relações que o indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas da massa anônima da sociedade”, favorece o sentimento de cuidado, amparo, compreensão e assistência – financeira, material, jurídica, entre outros – à mãe e ao bebê e auxilia no vínculo mãe-bebê.

Entretanto, existem, também, fatores negativos que podem se relacionar com o ambiente e a saúde materno-infantil, e, entre eles, está a vulnerabilidade social. Ainda que haja diversos posicionamentos sobre o que caracteriza essa vulnerabilidade (Scott *et al.*, 2018), entende-se que o conceito está associado ao grupo de pessoas que vivenciam situações de adversidade em suas condições de vida (moradia precária, falta de acesso ou condições de emprego e renda ruins, pouco ou nenhum acesso à saúde ou educação) (IPEA, 2018). Em oposição à noção de pobreza, vulnerabilidade social inclui aspectos que estão associados não

apenas com o nível de renda. Embora esse fenômeno, segundo a Política Nacional da Assistência Social, faça alusão a um estado social que deveria ser passageiro (Brasil, 2004), a realidade que se encontram alguns ambientes é contrária à ideia de curta temporalidade.

Por isso, tratando-se de saúde mental e vulnerabilidade social, torna-se necessário que se trabalhe com perspectivas que permitam uma aproximação com o fenômeno do sofrimento mental sem aprisioná-lo em categorias. Além disso, que se perceba não apenas os aspectos negativos, mas, também, as potencialidades do contexto (Onocko-Campos *et al.*, 2014).

Nessa condição, defende-se, neste trabalho, a tese de que a pandemia de COVID-19 vem trazendo alterações na saúde mental materna, mas, também, ampliando os contextos de vulnerabilidade social que, por conseguinte, acaba se entrelaçando com essa saúde mental materna, como que um retroalimentando o outro, e essa realidade se relacionou com o vínculo mãe-bebê em contextos de vulnerabilidade social. Logo, percebendo que a SC, além de ser um espaço científico, possui uma dimensão política que deve ser campo de conhecimento e âmbito de práticas (Bosi *et al.*, 2011), é com esse arcabouço epistemológico que os aspectos citados se concretizam como pilares que se ligam à pergunta central deste trabalho e se implicaram na tentativa de construir uma tese em Saúde Coletiva.

1.3 Objetivos da pesquisa e percurso da escrita dos capítulos da tese

*Quando a inspiração bate na porta
Entra e traz consigo o tempo bom
Faz do sentimento o dom
Traz uma palavra, um som*

(Inspiração – Paulinho Pedra Azul)

Realizar um doutorado em que não há um regime de dedicação exclusiva é uma tarefa difícil. Escrever cada capítulo desta tese foi uma vitória, principalmente diante de minha carga horária de trabalho. Precisei entender que para concluir uma pós-graduação *stricto sensu*, além de realizar várias leituras, reflexões e estudos, é necessário que haja a força criadora de origem transcendente que ilumina o artista: a inspiração.

Foi com essa energia criativa que cheguei aos objetivos desta tese. O objetivo geral foi o de compreender as repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde mental materna e no vínculo de mães com crianças nascidas no cenário de distanciamento físico em contextos de vulnerabilidade social em Fortaleza, Ceará. Para isso, busquei identificar os modos de vida das mães residentes em contextos de vulnerabilidade social que tiveram filhos durante o

distanciamento físico, e caracterizar as redes de apoio social e afetivo dessas mães. Além do mais, explorei o estado de saúde mental dessas mulheres no pós-distanciamento físico realizado durante a pandemia de COVID-19, e analisei os processos em torno do vínculo mãe-bebê nesses contextos.

Após isso, compus o primeiro capítulo. Principiei os escritos alinhavando o que me move a querer pesquisar sobre a temática em questão. Narro sobre os percursos iniciados no mestrado em Saúde Pública, os pontos encontrados ainda ali na dissertação, e na coorte Iracema-COVID, que serviram como eixo para esta tese. Realizo os primeiros passos para a construção epistemológica que sustenta este trabalho, entrelaçando Saúde Coletiva, pandemia por COVID-19, saúde mental materna, vínculo mãe-bebê e vulnerabilidade social.

No segundo capítulo da tese, a partir de quatro tópicos, busco reconstruir epistemologicamente a constituição do Campo da Saúde Coletiva, apresento e discuto os três pilares da SC: o preventivismo, a Medicina Comunitária e a Medicina Social. Demonstro a relevância de cada um deles e o lugar dos pensadores das três formações discursivas da SC (Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais e Organização/Gestão dos Serviços de Saúde), a interlocução com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), Reforma Psiquiátrica e a democratização do acesso à saúde.

Dando prosseguimento, chego aos escritos sobre a Saúde Mental e a COVID-19. Contextualizo, de maneira curta, meu leitor sobre os aspectos históricos do processo de saúde/doença mental no cenário brasileiro, caminhando das primeiras experiências acerca da loucura no país à criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Decorrido esse escrito, descrevo aspectos sobre a saúde mental materna e o contexto de COVID-19.

No meio do florescer do estado da arte, no quarto capítulo, recorro a Bowlby e Winnicott para relatar a relevância do ambiente na qualidade do desenvolvimento de uma criança, e a construção de uma maternagem suficientemente boa. E, com isso, narro sobre o processo constitutivo e de manutenção do vínculo mãe-bebê e sua importância.

À frente, realizo uma breve retornada à história do Brasil e tento articular as raízes sociais que se enlaçam entre o Período Colonial e a urbanização do país, com o fenômeno da vulnerabilidade social (VS) atual. Vou à lógica dos direitos sociais preconizados pela Constituição de 1988, e a realidade enfrentada por parte das famílias brasileiras que vivenciam a VS no contexto de COVID-19.

Posterior a isso, traço o caminho metodológico que será utilizado para conseguir responder ao questionamento de partida. Contextualizo meu leitor sobre minhas motivações de realizar um estudo no campo da pesquisa qualitativa, apresentando o método utilizado, o

cenário e os sujeitos de estudo desta tese. Finalizo este capítulo, escrevendo acerca dos itinerários para obtenção e análise de meu material empírico; e os aspectos éticos que perpassam a construção de um trabalho científico com seres humanos.

Ademais, discuto, a partir do material empírico apreendido, os resultados encontrados neste estudo. Neste capítulo, evidencio as características das entrevistadas, os desafios impostos pelo campo, os eixos (que se ligaram aos objetivos da pesquisa) e as categorias analíticas emergidas diante das narrativas. O primeiro eixo encontrado foi “Saúde mental materna em contextos adversos relacionados à pandemia de COVID-19”, que foi dividida nas categorias: 1) “Eu sinto muita tristeza dentro de mim, muita tristeza, vontade de desistir de tudo”: experiências maternas de sofrimento psíquico; e, 2) “Eu busco ficar com um pensamento mais otimista e não deixar me abater tanto”: estratégias de cuidado utilizadas por mulheres para lidar com os sofrimentos psíquicos. No segundo eixo, “Modos de vida e relações sociais de mulheres que vivenciam cenários de vulnerabilidade social”, há a divisão das categorias em: 1) “Meu dia é tão corrido, que ultimamente eu nem ando tendo vida”: Práticas cotidianas de trabalho, lazer e consumo de mulheres no período de pós-COVID-19; e, 2) “Ter alguém para contar nas horas de ‘perrengue’ é muito importante”: Redes de apoio social e afetivo de mulheres em cenários vulneráveis.

Já o terceiro eixo, denomina-se “Constituição da maternagem e do vínculo entre o binômio mãe-bebê”, está dividido em: 1) “Olhava para meu filho e prometia para ele que eu iria cuidar dele e fazer de tudo para dar o melhor de mim”: percepções maternas sobre a gestação e os cuidados com os filhos nascidos no distanciamento físico; e, 2) “É um amor que a gente sabe que vai ter que cuidar, zelar até os últimos dias da gente, não tenho palavras para descrever”: Estabelecimento e manutenção do vínculo mãe-bebê.

Como finalização dos escritos desta tese, reflito sobre as considerações momentâneas despertadas perante os resultados encontrados, explano as possibilidades de novos estudos e lanço a expectativa que o estudo sirva como pilar para discussões do Estado no planejamento de Políticas Públicas para o público materno-infantil.

CAPÍTULO 2 – BREVE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA GÊNESE DA SAÚDE COLETIVA

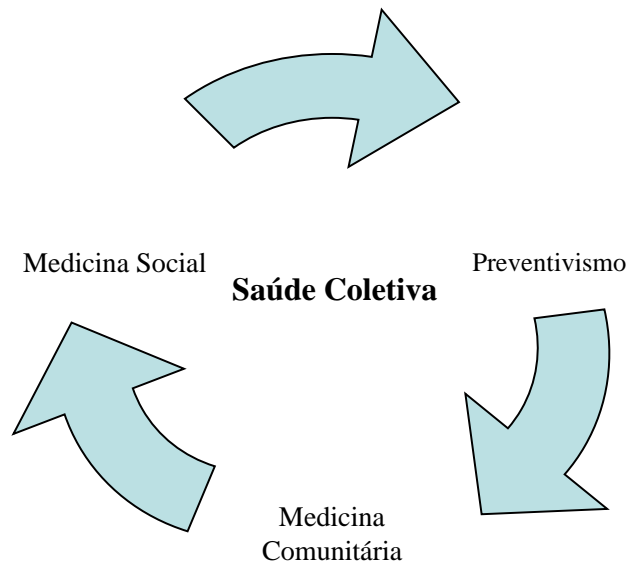
*Nosso povo está sofrendo,
 Nosso povo está cansado
 Nosso povo não aguenta
 Tanto direito surrupiado
 Violência correndo solta
 Tanto dinheiro roubado
 Causando tanta revolta
 Nesse país tão desigual...
 E a Saúde Coletiva taí para quê?
 Revelar e buscar como fazer
 É multiprofissional
 Aplicar injeção de vida
 E o SUS para valer:
 Cuidado integral
 Promoção da saúde
 Práticas integrativas
 Saúde mental
 Manter-se vigilante
 As doenças controlar
 A saúde proteger
 Olhos bem abertos
 O controle social
 A cobrar dos governantes
 Financiamento real
 Gestão participativa
 Para investir na saúde
 Na defesa da vida!*

(VIDA COLETIVA - Maria Filomena de Gouveia Vilela)

Torna-se relevante (re)lembrar que esta tese, apesar de ter sido realizada em um Programa de Pós-Graduação (PPG) que ainda se denomina Saúde Pública, localiza-se, segundo a Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES), no interior da grande área de conhecimento denominada Saúde Coletiva (SC). Por conta disso, para alvorecer os capítulos do referencial teórico desta pesquisa, é indispensável realizar uma construção epistemológica sobre a gênese da SC.

Nas linhas a seguir, apoiarei-me, principalmente, nas ideias de Osório e Schraiber (2015), Vieira-da-Silva (2015) e Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014), que defendem a constituição da SC como campo que possui três raízes: a preventivista, a Medicina Comunitária e a Medicina Social. Posteriormente, escrevo sobre a própria Saúde Coletiva, essa que tem sido, a partir da ideia de campo científico de Bourdieu (2003), “espaço de jogo de uma luta concorrencial [...] pela autoridade científica” (p.20).

Figura 1 – Três raízes da constituição da Saúde Coletiva



Fonte: Autor.

À vista disso, ao adentrar na constituição desse campo, pincelarei uma pequena discussão sobre a relevância da SC na democratização do acesso à saúde no Brasil. Desse modo, convido você, meu leitor, a embarcar nesta curta viagem epistemológica que realizarei neste capítulo.

2.1 Para além do biologicismo de doença? O preventivismo no Brasil

As raízes históricas da Saúde Coletiva, segundo Mota *et al.* (2018), tem seus movimentos iniciais nos Estados Unidos, a partir, principalmente, da Medicina Preventiva. Portanto, as bases epistemológicas que serão utilizadas neste tópico, serão remontadas desde as primeiras discussões sobre as reformas dos modelos médicos, até as reorientações do conceito e das práticas de saúde.

Durante a primeira metade do século XX, o modelo médico vigente nos EUA estava passando por várias modificações, saindo de uma Medicina baseada em práticas não científicas, para se fundamentar em uma assistência especializada e fragmentada, que seguia as diretrizes da reforma proposta por Abraham Flexner, acerca da medicina científica moderna (Pagliosa; Ros, 2008). Apesar de ter sido celebrado, inicialmente, o modelo *flexneriano* desencadeou uma crise no campo da medicina, desencadeando altos custos ao sistema de saúde e baixa resolutividade sob o adoecimento da população.

Conforme discorrem Paim e Almeida Filho (1998), as bases positivistas da Medicina *flexneriana* construíram uma perspectiva exclusivamente biologicista de doença, em que se negava a determinação social da saúde, reforçando a separação entre individual-coletivo, biológico-social e curativo-preventivo. Diante das características de uma Medicina curativa, iniciaram-se discussões para articulação de novas propostas para o ensino médico. É nessa conjectura que surge o pressuposto de que deveria haver uma mudança na formação do médico; era preciso que as escolas de Medicina ensinassem não apenas o curativismo, mas, que incorporassem, também, atitudes de ordem preventiva na educação dos profissionais (Escorel, 1999).

Ao passo que se insere esse paradigma preventivista na formação médica, surge, então, ainda no século XX, uma nova reforma nos currículos dos cursos de Medicina de várias faculdades norte-americanas (Osmo; Schraiber, 2015). Segundo Costa (2016), o objetivo da inserção do preventivismo nos currículos era o de tentar reverter a tendência que a Medicina tinha de fragmentar o corpo humano, desviando o olhar da totalidade dos indivíduos, e começar a apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. Como apresenta Nunes (1998), esses currículos propunham incluir, na graduação em Medicina, disciplinas e temas associados à Epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde, e Bioestatística. Essa incorporação era uma crítica à biologização do ensino calcado em práticas individuais e centradas no hospital, tentava-se desenvolver uma Medicina Integral³ (Schraiber, 1989). A articulação do movimento buscava

[...] uma maior coordenação horizontal e vertical das disciplinas já existentes no currículo médico, enquanto forma de ‘integração’ dos campos parcelares do conhecimento médico; e a introdução, ou destaque, para disciplinas consideradas estratégicas nesse sentido: as Ciências Sociais, entendidas, sobretudo, como Ciências do Comportamento; a Epidemiologia, e a Bioestatística. Esses direcionamentos e conteúdos disciplinares, acrescidos de novas estratégias pedagógicas foram apontadas como formas de prática educativa capazes de auxiliar a conformação de uma visão global do indivíduo (Mota; Schraiber; Ayres, 2017, p. 6).

Como consequência dessa nova atitude na educação médica, órgãos internacionais ligados à saúde aderem ao novo modelo e começam a buscar maneiras para que a Medicina Preventiva comece a ser internacionalizada (Osmo; Schraiber, 2015). Conforme apontam Vieira-da-Silva (2015) e Arouca (2003), é sob o apoio técnico da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e financeiro da Fundação Rockefeller, que, a partir de Seminários

³ Nome dado ao movimento que fomentou a inclusão da Medicina Preventiva no currículo básico do curso de graduação para médicos (SCHRAIBER, 1989).

Internacionais de Medicina Preventiva (MP), os currículos norte-americanos chegam ao Brasil e a países da América Latina.

A emergência do “projeto preventivista” (Nunes, 1998), no Brasil, auxiliou em uma nova organização do conhecimento médico, que facilitou a criação de departamentos de Medicina preventiva nas escolas médicas, instituições que serviriam como base para as primeiras discussões, na realidade brasileira, da noção de saúde (Arouca, 2003). Segundo Nunes (2009) e Vieira-da-Silva, Paim, Schraiber (2014), em meados da década de 60, impulsionado pela Reforma Universitária, o preventivismo já estava incorporado no currículo mínimo das escolas médicas no Brasil e já se ampliava a discussão ao âmbito da pós-graduação.

Apesar da incorporação do discurso preventivista no cenário nacional, precisou-se realizar diversas mudanças em seu modelo para se adequar à realidade do Brasil. Enquanto o surgimento desse modelo nos EUA foi uma leitura civil dos problemas de atenção médica, aqui, diante do pequeno papel do Estado na prestação da assistência à saúde, era preciso uma leitura estatal. Além disso, o discurso preventivista foi absorvido de maneira diferenciada nas diversas faculdades. As instituições, que estavam sob o regime autoritário do Estado, possuíam diferenças entre si quanto à autonomia de pensamento e à discussão, o que fez com que o preventivismo fosse para o “sentido de um projeto racionalizador da atenção médica”, relata Escorel (1999, p.21).

A partir dessa perspectiva, Campos *et al.* (1973) demonstram que a institucionalização da Medicina Preventiva no Brasil seguiu um modelo racionalizador, mínimo legal e liberal. Da lógica racionalizadora, observa-se que quando os departamentos do Sul e Sudeste foram criados, buscou-se integrar à docência-assistência. Enquanto isso, do aspecto “mínimo legal”, percebe-se que no Norte e Nordeste a MP, na maioria das vezes, cumpria o mínimo instituído pelo Ministério da Educação (MEC), com baixa produção de pesquisas e sem experiências comunitárias. Do ponto de vista liberal, inclui-se aquelas instituições que buscaram a integração entre os departamentos clínicos, não dando ênfase à articulação com os serviços de saúde.

À medida em que ocorriam as “reformas do ensino” da Medicina brasileira, demonstrava-se a “contradição entre as representações preventivistas sobre o real e as reais condições de existência das populações latino-americanas e de seus serviços de saúde”, menciona Arouca (2003, p. 99). Assim, diante do movimento do autoritarismo Estatal, mesmo que o preventivismo apresentasse uma baixa densidade política, ao não realizar mudanças nas relações sociais e uma alta densidade ideológica, a construção da abordagem

histórico-estrutural dos problemas de saúde, foi feita no interior dos departamentos de medicina preventiva (Escorel, 1999).

Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPS) foram a base na qual se desenvolveu a produção de conhecimentos sobre o estado de saúde da população e sobre a organização das práticas sanitárias, produção está frequentemente articulada com modelos experimentais de organização da prática médica, quer para efeito de demonstração, quer para finalidades didáticas (Donnangelo, 1994, p. 26).

Conforme aponta Arouca (2003),

A Medicina Preventiva funcionou como um centro polarizador de disciplinas não tradicionais dentro das escolas médicas brasileiras [...] ela acabou sendo um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem, contudo, procurar ser um movimento político que realmente transformasse essa prática (p. 22).

Nesse sentido, para além de uma reorganização curricular, o movimento preventivista, quando facilita a criação dos DMPS, assume um papel social (Meirelles; Ianni, 2020). Foi no interior desses departamentos, a partir de uma postura democrática e oposicionista ao regime autoritário, que professores e alunos constituíram, com auxílio de outros modelos de saúde, a base do movimento sanitário que instaurará a Saúde Coletiva, é lá que surge “o palco das transformações que ocorreram nos conceitos e metodologias de abordagem à saúde”, expõe Escorel (1999, p. 20).

Como discorre Arruda (2021, p. 88), “o movimento nos Departamentos serviu como pilar para a constituição de uma medicina mais voltada à comunidade, essa que é segunda raiz discursiva da SC: a Medicina Comunitária”. Portanto, para dar continuidade aos aspectos teórico-práticos da constituição da SC, iniciaremos a discussão em torno da Medicina Comunitária nas próximas linhas.

2.2 A baixa cobertura dos serviços de saúde no Brasil: pressupostos históricos da Medicina Comunitária brasileira

Para além da reforma dos currículos dos cursos de Medicina relacionados ao preventivismo, surge, na década de 60, uma movimentação universitária entre estudantes de Medicina da Universidade de Kentucky, nos EUA, que buscava ultrapassar a visão médica individualizada na formação dos profissionais. Diante do contexto de demandas sociais relacionados às minorias e ao empobrecimento da população, os ideais principais dessa proposta era proporcionar assistência coletiva direcionada às necessidades de saúde local e regionalização dos serviços (Lathem, 1976).

Segundo Donnangelo (1994), os movimentos resultaram na incorporação de novas dimensões na reforma médica, e, a principal foi denominada como Medicina Comunitária (MC). Esse enfoque, como apresenta Cyrino (1996), tem como pilar formativo os princípios já difundidos da Medicina Preventiva, entretanto, realçando, principalmente, a atenção à população vulnerabilizada. No terreno da prática médica surgem a partir de discussões nas universidades, programas alternativos de autocuidado de saúde, revitalização da medicina tradicional, tecnologia apropriada etc.”, argumenta Garcia (1983, p. 121).

Com o apoio de agências internacionais, a Medicina Comunitária também começa a se difundir na América Latina. Embora a MC e a Medicina Preventiva tenham surgido em momentos distintos nos EUA, a chegada de ambas no Brasil, ocorreu, mais ou menos, ao mesmo tempo (Schraiber, 1989). A MC buscava, a partir de programas experimentais de prestação de serviço, desenvolver modelos/formas de assistência capazes de garantir o cuidado à saúde àqueles cenários brasileiros em que havia a baixa cobertura dos serviços de saúde, principalmente, as regiões rurais ou periféricas (González; Almeida, 2010).

Segundo Donnangelo e Pereira (1976), a ideologia da Medicina Comunitária no Brasil acabou ultrapassando os aspectos da educação médica e desaguou na prática dos profissionais e nas intervenções estatais à saúde. A MC teve grande adesão, sobretudo, através dos Departamentos de Medicina Preventiva. A partir da lógica comunitária, começam a perceber que “por melhor que seja o ensino e trabalho em nível interno, no âmbito (...) do Hospital-Escola (...), trabalho ao nível de comunidade poderia compreender e correlacionar as condições de saúde com o meio” (Almeida; Pego, 1982, p. 45).

O contato com o externo permitiria o encontro com a realidade que ao mesmo tempo que está vedada à observação cotidiana, estaria visível àquela que ultrapassasse os muros que a protegem. Espera-se, portanto, que o contato com essa realidade, externa ao estudante, promova sua consciência e um compromisso com os conflitos aí observados (Cyrino, 1996, p. 38).

Com a difusão do discurso comunitário, observa-se como os DMPS começam a propor aos Estados a estruturação de Centro de Saúde (CS) urbanos e rurais, “considerando que existem certas diferenças entre a prática médica rural e a urbana (...) e que o treinamento envolve esses dois aspectos” (Almeida; Pego, 1982, p. 46). Apesar do movimento ditatorial que cobria o Brasil, percebe-se maior intermédio do Estado, favorecendo a criação desses espaços de saúde, que economicamente eram ‘baratos’ e ofertavam cuidados básicos à população (Osório; Schraiber, 2015).

Apesar desses aspectos, a Medicina Comunitária, posteriormente, seria alvo de diversas críticas. A principal análise dos estudiosos era que a “Organização e

Desenvolvimento de Comunidades” possuíam caráter controlador, manipulador, ordenador e com diversas limitações no processo de ensino de médicos (Nunes, 1998). Como apresentam Mello e Viana (2011),

(...) a preservação da saúde dos matriculados e não o tratamento de males que não repercutam na coletividade ou descendência (...) o caráter clínico aí não era primordial, mas só e unicamente um elemento secundário de profilaxia (p. 1138).

Conforme Mota, Schraiber e Ayres (2017), implantavam-se novas práticas, “porém deixando intocada a hegemonia social da assistência médica convencional” (p. 5). Portanto, a criação de um serviço de extensão de cobertura à saúde da população, sem uma mudança real no modelo de ensino médico, não promoveria alterações na saúde do país, continuaria a ter um modelo biomédico reducionista hegemônico.

Entretanto, mesmo com essas limitações, percebe-se “a tentativa de introduzir um conhecimento de uma natureza até então estranha ao plano de estudos – a presença do social” (Nunes, 1998, p. 58). A partir do final da década de 60 e início dos anos 70, inicia-se, entre estudantes atuantes nos CS que não estavam na luta armada contra a ditadura, formas de se aproximar da população e de suas realidades sociais – promoção de ações educativas, consultas individuais – e de procurar, nas Instituições de Ensino Médico, espaços para discussão da prática médico-social – o que acabará se entrelaçando com os pressupostos da próxima raiz da constituição da Saúde Coletiva: a Medicina Social (Nunes, 1998).

2.3 O processo saúde-doença e o autoritarismo: o surgimento da Medicina Social no Brasil

Segundo Foucault (1978), a Medicina Social (MS) tem sua origem na Europa, em meados do século XIX, a partir do discurso em torno do capitalismo em prol do corpo. O autor discute que, na Europa, o corpo foi socializado como força de produção e de trabalho, então, seria ele uma realidade biopolítica que deveria ser controlado pelo Estado. Por isso, a “saúde” da população era essencial para o desenvolvimento estatal.

Conforme discutido por Foucault (1978), é possível apresentar o surgimento da MS em três etapas: Medicina de Estado, Medicina urbana e, finalmente, Medicina da força de trabalho. Sobre a primeira, percebe-se que seus primórdios ocorrem no século XVIII, na Alemanha. Segundo o escritor, havia, no país, uma preocupação com o próprio funcionamento do Estado. Enquanto que em outros lugares da Europa, como França e Inglaterra, possuíam-se grandes avanços políticos e econômicos, na Alemanha, havia um não

desenvolvimento econômico e uma estagnação do desenvolvimento econômico, e essa realidade fez com que o país investisse em uma organização do Estado (Foucault, 1978).

Com a ascensão do Mercantilismo, França, Inglaterra e Áustria estavam preocupados com a força ativa da população e os níveis de natalidade e mortalidade, sem, entretanto, nenhuma ação para a organização e efetiva elevação dos níveis de saúde das pessoas. Na contramão, vinha a Alemanha, que buscava desenvolver práticas e programas médicos centrados na melhoria da saúde da população. Nesse contexto, surge, no país europeu, por exemplo, a polícia médica, uma maneira diferente de contabilidade de mortalidade e natalidade (Foucault, 1978).

A polícia médica foi um importante fenômeno de normalização da prática e do saber médico, abrindo espaço para que o Estado controlasse os programas de ensino e da atribuição dos diplomas da Medicina. A partir dessa normalização, surgem formas administrativas de acumular informações sobre a saúde da população. Com a nomeação pelo governo de funcionários médicos para serem responsáveis sobre a saúde de regiões do país, com exercício da autoridade de seu saber, aparece a nova organização estatal do cuidado: a Medicina de Estado (Mantovani, 2018).

A segunda etapa da construção da Medicina Social ocorre na França com o fenômeno da urbanização. Com a migração da população do campo para a cidade, inicia-se uma completa alteração dos níveis de saúde das pessoas (Jori, 2016).

Nasce o que chamarei medo urbano, medo da cidade, angústia diante da cidade que vai se caracterizar por vários elementos: medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar (Foucault, 1978, p. 52).

Como se poderia dominar esse medo que assolava agora a burguesia? Retorna-se, então, uma intervenção muito bem estabelecida e pouco utilizada: a quarentena. Portanto, a Medicina urbana objetivou analisar tudo que, no espaço urbano, pudesse ocasionar doenças; controlar a circulação de água e ar para a população; e, organizar as distribuições de elementos essenciais para a saúde humana, como evitar que se aspire água de esgoto nas fontes onde se bombeia água para consumo (Jori, 2016).

Posteriormente, tem-se a última fase da Medicina Social na Inglaterra: a Medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário. Enquanto que na França há uma preocupação com os cemitérios, os ossuários e os matadouros; no cenário inglês, os pobres começam a ser problematizados como fonte de perigo médico (Foucault, 1978).

Com a industrialização do país, surge a Lei dos Pobres, tornando a Medicina desenvolvida na Inglaterra, social. Partia-se da ideia de que quando o Estado satisfazia as necessidades de saúde dos pobres, havia a proteção das classes ricas (Moreira, 2020). Havia, assim,

Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre (Foucault, 1978, p. 56).

Com extensão à Lei dos Pobres, surgem os *health services*, que buscam, diante de cuidados médicos não individuais, medidas preventivas a serem tomadas sob as coisas, os locais e o espaço social (Filippon *et al.*, 2016). Dessa forma, observa-se que, o processo de surgimento da MS segue em primeiro lugar o Estado, posterior à cidade e, por último, os pobres trabalhadores.

Segundo Arruda (2021), com a agitação do período político (Guerra Fria e Revolução Cubana) nos anos 60, ressurgiu, nas Américas, o ideário da Medicina Social, recolocando em discussão a determinação social do processo saúde-doença e o objetivo de acesso universal aos serviços de saúde.

Em seu centro está a discussão acerca da valorização do social enquanto esfera de determinação dos adoecimentos e possibilidades de saúde, na prevenção das doenças e na promoção da saúde, assim como esfera própria de intervenção, para além de, e em, uma articulação com a medicina como intervenção nos casos individuais (Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014).

No aspecto internacional, iniciavam-se as discussões em torno da necessidade de extensão da cobertura dos serviços de saúde com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no ano de 1979. Oportunamente, muitos dos princípios da MS são incorporados nos documentos proponentes do Plano “Saúde para todos no ano 2000” (Arruda, 2021).

Neste contexto, o Brasil já estava no período do autoritarismo e vivia a crise do projeto desenvolvimentista, que havia postulado que um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhora das condições de saúde (Osório; Schraiber, 2015). Percebe-se aumento nas desigualdades sociais e piora da qualidade de vida da população, algo que incitaria a necessidade de construir inovações na Saúde. Com isso, segundo Frazão (2015), os departamentos de Medicina Preventiva e Medicina Comunitária começam as discussões e a interiorização dos preceitos da Medicina Social no Brasil, que eram:

1) a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) que as condições

sociais e econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e a doença e estas devem ser estudadas cientificamente; 3) que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais quanto médicas” (Nunes, 2009, p. 20).

Paralela às discussões em torno da constituição da Medicina Social no Brasil, inicia-se a luta pela redemocratização do país, aspecto que bastante se articula com o movimento de constituição da Saúde Coletiva, pois se debruça sobre os ideais do projeto de mudanças da saúde, e que se torna relevante discutir no próximo tópico.

2.4 A redemocratização do país, a reforma sanitária e psiquiátrica: bases da Saúde Coletiva

Como relata Paim e Almeida Filho (1998), há uma forte relação entre o movimento pela redemocratização do país, a reforma sanitária, a psiquiátrica e o desenvolvimento do projeto da Saúde Coletiva. Percebe-se nos escritos de Schraiber (2008) que, diante de lutas sociais e reivindicatórias em prol de direitos humanos e sociais, surgem os pilares para as primeiras discussões do campo da Saúde Coletiva.

Nesse cenário, em 1976, com os movimentos a favor da democratização do acesso à saúde, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), espaço para socialização do conhecimento e da produção científica sobre a saúde. Simultâneo a isso, como discutido anteriormente, tem-se, ainda na década de 70, a noção do direito à saúde e da relevância da oferta de Cuidados Primários em Saúde à população, bem como significativas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país (Hirdes, 2009). É sob essa realidade que, em 1979, cria-se a Associação Brasileira de Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) – hoje Associação Brasileira de Saúde Coletiva –, ambiente que reunia professores, pesquisadores e trabalhadores da saúde para pensarem a necessidade da Medicina Social na formação de pessoal para a área da saúde, e de reconsiderar a Saúde Pública tradicional da época – que era cunhada em uma assistência individual e biologicista (Arruda, 2021).

As discussões que aconteciam nos departamentos de Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Medicina Social, no CEBES e na ABRASCO, foram essenciais para a formulação dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), da Reforma Psiquiátrica e da constituição do Campo da SC como campo de reflexão e ação em favor da saúde no Brasil (Nunes, 1998). Assim, percebe-se que a SC surge como “uma ruptura, a partir da crítica aos movimentos da medicina preventiva, comunitária e ao sanitarismo institucional”, segundo

Paim e Teixeira (1992, p. 212), e na tentativa de romper com os modelos de descaso e violência (Amarante; Nunes, 2018).

Por isso, a partir das discussões realizadas por pesquisadores da SC, “ela apoiou teoricamente a RSB a partir do triedro ideologia, saber e prática, porquanto surgiu e se desenvolveu, enquanto campo científico, de forma vinculada ao projeto da Reforma Sanitária”, discorre Paim (2008, p. 292). Segundo Schraiber (2008, p. 14), “o projeto do campo da Saúde Coletiva se situa na tensão entre a crítica contracultural de ordem técnico-científica e a democratização dos modelos médico e sanitário cientificamente tradicionais”. Dessa forma, há uma multiplicidade de objetos e de áreas de saber correspondentes à SC – da ciência natural à ciência social – (Donnangelo, 1994). Em vista disso, uma característica relevante do movimento de constituição da SC foi a contra hegemonia ao projeto financiado pelos órgãos internacionais, realizando críticas à Medicina Preventiva e Comunitária. Portanto, percebe-se a conquista da autonomia do campo (Vieira-da-Silva, 2015).

Todavia, a constituição da SC trouxe diversas indagações a seus pesquisadores sobre suas delimitações e competências, o que, até hoje, desperta discordância entre autores do campo. Essa dificuldade, segundo Nunes (2009), seria causada devido à SC ultrapassar os limites disciplinares e se apresentar como interface de áreas do conhecimento detentoras de especificidades teóricas e conceituais, haja vista que os pesquisados do campo abarcam diversas áreas, como a Epidemiologia, as Ciências Sociais e Humanas, a Filosofia ou a Administração (Osório; Schraiber, 2015).

Por conseguinte, observa-se que o campo da SC é interdisciplinar, o que, segundo Nunes (2009), possibilita a ampliação do conhecimento sobre o saber/fazer da saúde. Conforme Paim e Almeida Filho (1998), a SC é campo onde “se produzem saberes, práticas e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos” (p. 308). Portanto, como definido por diversos autores (Bosi, 2011; Paim; Almeida Filho, 1998; Nunes, 1998), o campo da Saúde Coletiva possui três grupos disciplinares, ou formações discursivas: a Epidemiologia; as Ciências Humanas e Sociais em Saúde; e a Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Entretanto, como discutido por Osório e Schraiber (2015, p. 214), por vezes, “é comum autores usarem como sinônimos, em um mesmo texto, os termos Saúde Coletiva e Saúde Pública, ou Saúde Coletiva e Medicina Social, ou ainda Saúde Coletiva e Epidemiologia”. Logo, desde o início da SC havia diferentes concepções, que, hodiernamente, sob outras nomenclaturas, reverberam nas tensões de constituição do campo da SC (Mota *et al.* 2018) – o

que abre espaço para que nas próximas linhas desta tese eu realize a articulação entre a SC e o tema de pesquisa.

CAPÍTULO 3 – SAÚDE MENTAL E O CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

*Aquele era o tempo
Em que as mãos se fechavam
E nas noites brilhantes as palavras voavam
E eu via que o céu me nascia dos dedos
E a Ursa Maior eram ferros acesos*

*Marinheiros perdidos em portos distantes
Em bares escondidos
Em sonhos gigantes
A cidade vazia
Da cor do asfalto
E alguém me pedia que cantasse mais alto*

*Quem me leva os meus fantasmas?
Quem me salva desta espada?
Quem me diz onde é a estrada?*

(Quem me leva meus fantasmas? – Pedro Abrunhosa)

Após a breve discussão sobre a constituição epistemológica da Saúde Coletiva, diante do objeto de pesquisa desta tese, faz-se necessário entrelaçar a saúde mental e a COVID-19 neste campo. Portanto, nas próximas linhas deste capítulo, buscarei discutir acerca da política de saúde mental brasileira e a COVID-19, relacionando o contexto da saúde mental, principalmente no cenário materno.

3.1 Contexto histórico da política de saúde mental brasileira

Para que se possa entender o campo da saúde mental no Brasil, que perpassa o objeto de pesquisa deste estudo, torna-se necessário recorrer aos aspectos históricos acerca do processo de saúde/doença mental no cenário brasileiro. Logo, neste capítulo percorreremos das primeiras movimentações acerca da temática da loucura no país até a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Conforme Bleicher (2015), os primeiros escritos, recortados, principalmente de cartas de jesuítas e descrições de viajantes que passavam no Brasil Colônia, demonstram que os processos em torno da saúde e doença estavam ligados a aspectos religiosos, mágicos e ao pouco conhecimento médico que se tinha na época. Em relação à loucura, neste período,

inicialmente, não era tratada como doença, mas sim, como aspecto que deveria ser contido para se manter a ordem, e, no caso dos pobres, a ordem social. Nesse momento, embora houvesse detalhamento sobre o abuso de álcool e alucinógenos pelos povos do Brasil, não há definições sobre características de alcoolismo ou dependência (Bleicher, 2015; Souza, 2004).

Já próximo ao final do Colonialismo, em 1817, a partir de relatos que descreviam características de psicose entre os indígenas, os missionários começam a aconselhar que os indivíduos não sejam afastados dos doentes. Nesse momento, em decorrência dessas orientações, há a primeira internação de doente mental no Brasil, e a loucura começa a ser vista por outra perspectiva. Nesse cenário, o louco seria um doente que necessitava de tratamento, e, nesse contexto, as práticas terapêuticas eram aquelas baseadas nas sangrias e nos purgativos (Bleicher, 2015).

Posterior a esse primeiro período, já no Brasil Império, ligado às formulações de Pinel e com a lógica dos pressupostos higienista, após a finalização da obra do Hospício D. Pedro II, o louco, agora, tinha sua liberdade privada, pois representava ameaça à ordem pública e precisava de tratamento moral (Yasui, 2010). Todavia, como discute Messas (2008), com a Proclamação da República e ascensão da Psiquiatria Científica, o tratamento agora se baseava na abordagem medicalizante e com caráter asilar.

Diante desses movimentos, o hospício passa a estar no centro do modelo assistencial da loucura. Contudo, essa abordagem possuía ações voltadas, principalmente para a violência. A partir disso, torna-se rotineiro verificar situações de maus-tratos, abandono, superlotação e grande número de óbito de pacientes com transtornos mentais nesses espaços (Alverga; Dimenstein, 2006). Por essa perspectiva, perante as experiências em outros países como França, Estados Unidos e Itália; e os movimentos do Preventivismo e da Medicina Comunitária, iniciam-se as discussões na tentativa de rever o cuidado aos sujeitos com sofrimento psíquico (Brasil, 2005).

Em conjunto com esses preceitos, em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) formado por atores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas e membros de associações de profissionais; que iniciam a tentativa da busca pelos direitos dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos no Brasil, e a desconstrução do modelo manicomial existente (Amarante; Torre, 2018). O MTSM se torna um pilar para as primeiras ações da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que se objetivava uma nova relação entre sociedade, sofrimento psíquico e instituições, com o intuito de constituir um lugar social para a loucura e maximizar as potencialidades dos indivíduos com sofrimento psíquico (Amarante; Nunes, 2018).

Nessa perspectiva, a RPB baseia-se na lógica da desinstitucionalização, demonstrando que é possível dar autonomia aos sujeitos que estavam no manicômio e (re)inserir-los no contexto comunitário. Paralelo a esse movimento, neste período, está acontecendo as tentativas de se ocorrer uma Reforma Sanitária, visto que, como já descrito no capítulo anterior, o setor saúde passava por uma série de impasses. Em decorrência de toda essa luta social, em 1986, tem-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e, no ano posterior, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), espaço que, conforme Bleicher (2015, p. 134), demonstrou que é preciso “focalizar a atenção sobre a saúde mental, e não na doença; nas condições determinantes de saúde e de doença, e não na exclusão dos sintomas (...) criando espaços alternativos, extra-hospitalares de atendimento”.

Diante desse cenário, ainda em 1986, é criado o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), a primeira experiência das ideias da Psiquiatria Democrática no Brasil. Posteriormente, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é instituído na cidade de São Paulo, surgindo as primeiras ideias da Atenção Psicossocial, e, apresentando-se como nova possibilidade ao cuidado em saúde mental, e logo se torna o principal preceito de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico (Lancetti, 2009). Ademais, a partir de tais espaços, percebe-se avanços na reorganização do modelo de assistência no campo da saúde mental no Brasil.

Embora estivéssemos falando de movimentações dos anos 80, que geraram tais mudanças, somente em 2001, após 11 anos de tramitação no Congresso Nacional, é promulgada a Lei que garante proteção e os direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). Além disso, apenas em 2011, com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é que se define quais os pontos da atenção à saúde do SUS que se entrelaçam com a Política Nacional de Saúde Mental.

Desse modo, apesar dessas rupturas na perspectiva do cuidado em saúde mental, e da criação de leis e portarias que favorecem essas mudanças, observou-se, principalmente no período de 2016-2022, a ascensão da extrema-direita no Brasil, intensificação de discussões a favor de manicômios, reorganização negativa da Política de Saúde Mental e severos cortes nas políticas sociais (Sampaio; Bispo Júnior, 2020). Outrossim, diante dessa realidade, verifica-se, conforme as linhas a seguir, como esse retrocesso, entrelaçado com a pandemia de COVID-19, são questões que necessitam de atenção.

3.2 COVID-19 e Saúde Mental

Embora haja diversos avanços na área da tecnologia em saúde, e de todo o arcabouço científico em torno de pesquisas sobre as possibilidades de tratamento para determinados adoecimentos, a COVID-19 demonstrou que as chances do surgimento de uma nova emergência de saúde é frequente (Silva, 2020). Além disso, percebeu-se, inclusive, como o cenário da pandemia, uma das maiores emergências de saúde pública do último século (Brasil, 2020), tem se ligado com o Campo da Saúde Mental.

Conforme Faro *et al.* (2020), durante uma grave crise social, intensifica-se a preocupação em torno da saúde mental da população. Segundo o Ministério da Saúde, a situação causada pela COVID-19 tem feito com que diversas pessoas apresentem sofrimentos psíquico e social, e tem afetado a capacidade de enfrentamento de toda a sociedade (Brasil, 2020). Dentre os pontos que se relacionam com tais alterações, as medidas de combate à disseminação da doença, que se basearam em atividades voltadas à restrição de contato físico entre pessoas contaminadas, foram as que estiveram nos principais pontos de ligação com a saúde mental (Venkatesh *et al.*, 2020; Malta *et al.*, 2020).

Eventos alocados como desastres trazem sequelas traumáticas capazes de desencadear intenso sofrimento psíquico nos indivíduos (Howe *et al.*, 2019). Diante do cenário incerto que a pandemia trouxe, Gerbaldo e Antunes (2022) demonstraram como houve um aumento na procura por apoio nos serviços de saúde mental no Brasil. Esse crescimento se relaciona com os achados de O’Leary *et al.* (2018) e Van Bortel *et al.* (2016), que discorrem que durante o surto de HIV, Zika e H1N1, os sentimentos de medo, insegurança e incerteza aumentaram os níveis de sentimentos negativos na população.

Segundo Reardon (2015), essa realidade traça um paralelo com pesquisa realizada na África Ocidental, no pós-epidemia de Ebola, que exprime a ideia de que a quantidade de indivíduos, cuja saúde mental é afetada, tende a ser maior que o número de infectados. Esses dados podem se relacionar com o estudo de Pfefferbaum *et al.* (2020), em que, conforme o autor, existem grupos que são mais vulneráveis aos efeitos psicossociais de pandemias, a saber: pessoas que contraem a doença, aqueles com risco elevado de adquirir, e pessoas com problemas médicos, ou de uso de substâncias preexistentes.

Durante as primeiras ondas de contágio da população pela COVID-19, observou-se a efetivação dos aspectos relatados por Brooks *et al.* (2020), “os sistemas de saúde dos países entraram em colapso, os profissionais de saúde ficaram exaustos com as longas horas de trabalho (...)” (p.3). Essa situação, como discorrem Zanon *et al.* (2020), trouxe a

possibilidade, caso não houvesse um acompanhamento correto, do surgimento de intenso sofrimento psíquico entre a população. Inclusive, a OMS apenas depois de alguns meses de surgimento da pandemia expõe a relevância da Saúde Mental como linha de frente do cuidado.

Nesse sentido, como discutem diversos estudos (Park; Park, 2020; Douglas *et al.*, 2009; Stevenson *et al.*, 2009), crises em saúde pública exigem cuidados à saúde mental prioritários tanto quanto os cuidados à saúde biológica. Inclusive, aqui, indaga-se: o Brasil compreendeu a relevância dessa exigência? Conforme discorrido por Faro *et al.* (2020), não se deve minimizar as implicações psicológicas que o contexto da pandemia de COVID-19 tem causado sobre indivíduos.

Além disso, segundo Bordiano *et al.* (2021) e Aquino *et al.* (2020), a COVID-19 acabou gerando sofrimento psíquico ao grupo de pessoas que vivenciam a vulnerabilidade social, não somente por restringirem o deslocamento, mas, por ampliarem as inseguranças vividas (de renda, alimentar, acesso à saúde e à educação) por essa parte da população. Dessa forma, diante do público foco desta tese, adentro, à frente, nos aspectos ligados à saúde mental materna neste contexto de COVID-19 apresentado.

3.3 Saúde mental materna e COVID-19

De acordo com Duarte *et al.* (2020) e Machado *et al.* (2021), percebeu-se que o sofrimento psíquico durante a COVID-19 estava relacionado, entre outros fatores, à questão de sexo e aspectos socioeconômicos. Entre os achados, mulheres em situação de baixa renda são as que possuíam os maiores níveis de sintomas depressivos e ansiosos.

Nesse contexto, além dos aspectos em torno da presença de sofrimento psíquico em mulheres, a saúde mental materna também tem sido um tema pouco discutido em pesquisas sobre a pandemia de COVID-19, em decorrência do aumento na prevalência de sintomas negativos em mães durante esse período e perante as consequências na relação mãe-bebê (Schmidt *et al.* 2020; Rocha *et al.* 2021).

Segundo a OMS (2016), a saúde mental seria “(...) um estado de bem-estar em que o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva e contribuir para sua comunidade”. Contudo, percebe-se que no contexto materno, por vezes, esse bem-estar não é avaliado, o que demonstra um risco do subdiagnóstico de psicopatologias (Tosta *et al.*, 2022; Steen; Francisco, 2019).

No cenário materno, as vivências subjetivas são relevantes, ainda, para a construção da maternidade da mulher, visto que, conforme Becker e Piccinini (2019), as experiências durante a gestação, o parto e o puerpério influenciam os aspectos psicológicos da vida da mãe. Segundo Baldisseroto *et al.* (2019), esses períodos são descritos como processos de desenvolvimento normal da mulher, entretanto, sempre é prudente memorar que existem variáveis psicológicas subjetivas que se entrelaçam nesses momentos.

Conforme Silva *et al.* (2021), UNICEF (2020) e McManus *et al.* (2017) relatam, a gestação é um período de grandes transformações na vida da mulher. Esse momento é marcado por diversas mudanças em termos físicos, psicológicos, familiares e sociais, associando-se a inúmeras sensações que povoam o mundo psíquico das gestantes.

De acordo com Hassanl *et al.* (2016), durante esses momentos de mudanças no desenvolvimento da mulher, elas podem experienciar situações de medos e ansiosos que podem se ligar ao surgimento de adoecimentos psíquicos mais graves. A literatura (Ribeiro *et al.*, 2022; Leite *et al.*, 2022) discute que o período gravídico-puerperal é o momento de acentuada incidência de alterações da saúde mental materna, necessitando de intervenções especiais para manter ou recuperar o bem-estar e prevenir implicações negativas para o filho.

No ano de 2016, cerca de 23,3% de mulheres que procuraram uma UAPS, tiveram sintomas de depressão pós-parto (DPP). Estima-se que cerca de 1 a cada 4 mulheres desenvolve os sintomas de depressão pós-parto, com maior prevalência entre mulheres de classe média baixa que já tiveram algum tipo de sofrimento psíquico, fatores biológicos e psicossociais, condições adversas, gravidez não planejada, entre outros (Leonel, 2016).

Segundo Rocha *et al.* (2021), durante a COVID-19, narrativas de sofrimento psíquico entre mães teve um aumento de 42%, se em relação ao período anterior à pandemia. Essa realidade traz algumas preocupações, visto que, como discutem Steen *et al.* (2019), a avaliação do estado de saúde mental materna habitualmente só ocorre em períodos específicos e, assim, acaba disponibilizando uma descrição do estado emocional atual da mulher. Como apresenta o autor, é importante que se avalie a saúde mental dando a mesma importância que se dá às alterações da saúde física. Alterações na saúde mental podem trazer disfunções físicas, assim como o contrário.

Quando o indivíduo está ansioso e estressado, muitos sintomas físicos poderão estar presentes como, tensão muscular, tontura, enxaquecas, palpitações, problemas gástricas e urinárias, inquietação, insônia, e aumento da susceptibilidade à dor. Durante a gravidez, os altos níveis de cortisol podem aumentar as chances das mulheres de desenvolverem hipertensão, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento uterino, nascimento de feto prematuro e também dificuldade durante o parto. (Wood, 2012, p. 06)

Associado a todos esses pontos já elencados, como já discutido, percebe-se que a pandemia tem complexificado a situação de saúde mental da população. Como já discutido em minha dissertação (Silva, 2020), a interlocução entre COVID-19 e o período gravídico-puerperal causou repercussões acentuadas nos fatores estressores às mães (insegurança das grávidas em acessar os serviços de saúde, prognósticos incertos, mensagens conflitantes das autoridades, dificuldades financeiras, perda do emprego, diminuição do salário, assim como as novas atribuições relacionadas ao cuidado com a família) (UNICEF, 2020).

Nesse sentido, a pandemia tem ofertado circunstâncias desafiadoras para o bem-estar psicológico materno, pois, outro aspecto que está relacionado à saúde mental materna é a sua rede de apoio, e o isolamento físico proporcionou grandes afastamentos físicos entre as pessoas (Silva, 2020).

Segundo Fernandes *et al.* (2020), durante todo o período de cuidado de uma criança, diversas novas tarefas são impostas à mulher ou aquele(a) que exerce essa função. Portanto, como discute Winnicott (1957/2022),

há razões justificadas para ela (mãe) se sinta (...) inclinada a depender de alguém, (...) pois está em uma posição difícil (proporcionar ambiente positivo ao bebê), conseqüentemente, o suporte social possui papel relevante perante as necessidades financeiras e de descanso da genitora, dos cuidados dispensados à criança e da divisão de tarefas domésticas (p.35).

Em orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2021), demonstrou-se que dentre as principais mudanças relatadas por mães durante o período gestacional, o aumento no recebimento de apoio, atenção e carinho, foram identificados por elas como os mais importantes. Por essa lente, conforme Fernandes *et al.* (2020) e Trindade *et al.* (2019) percebem, é a partir do sistema de relações formais e informais que as mães recebem suporte emocional, cognitivo e material, considerados necessários para passagem por situações estressantes. Segundo Riccioppo *et al.* (2021), a sensação de estar sendo cuidada contribui para a melhoria da qualidade de vida da mãe durante o cuidado com o filho.

Além de todos esses aspectos, alterações na saúde mental materna influenciam as interações com o bebê, o que pode constituir-se em maior vulnerabilidade de ele desenvolver distúrbios emocionais, comportamentais, afetivos, cognitivos e sociais a longo prazo (Irurita-Ballesteros *et al.*, 2019). Assim, a saúde mental da mulher tem importantes repercussões sobre a qualidade do desenvolvimento de seu filho, visto que, como discutirei nos próximos tópicos, “grande parte da sintomatologia dos bebês e das crianças pequenas tem

sua origem na relação mãe-bebê e no estilo das condições psicológicas maternas”, relata Winnicott (1983, p. 09).

Diante desses escritos, reflete-se, novamente: as mulheres conseguiram acesso à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – que no ápice da pandemia sofria com diversos desmontes – ou de outros dispositivos que disponibilizam apoio psicossocial às situações de sofrimento psíquico? Essa, assim como a indagação anterior deste capítulo, buscaremos, nos resultados desta pesquisa, discutir.

Ademais, perante o objeto de estudo desta tese, aprofundaremos o estado da arte com outro ponto que complementa essa investigação: a maternagem e o vínculo mãe-bebê. Assim, no próximo capítulo retornaremos a Winnicott e Bowlby para ampliar as construções teóricas da pesquisa.

CAPÍTULO 4 – MATERNAGEM E O VÍNCULO MÃE-BEBÊ

“Talvez só as mães possam dizer o que queremos saber”

(A criança e seu mundo - Winnicott)

Assim como Winnicott relata em *A criança e seu mundo* ao escrever sobre “Um homem encara a maternidade”, repito e acrescento: Sou homem e sem filhos, portanto, jamais poderei saber, na verdade, o que sente uma mulher, ou aquele(a) que figura com o papel materno. Entretanto, como pesquisador, percebo a importância do vínculo afetivo entre mãe-bebê na constituição psíquica do indivíduo. Nesse contexto, neste capítulo, tentarei trazer o que o arcabouço científico tem a ofertar ao público materno-infantil, bem como refletir sobre ele.

Dessa forma, entendendo o que foi apresentado anteriormente, sobre a relevância da saúde mental materna para a díade mãe-bebê, busco, a seguir, demonstrar como a relação íntima entre a mãe e seu filho fundamentam os processos de subjetivação do bebê; e entrelaço a constituição do apego entre o binômio, discutindo como situações adversas no ambiente podem implicar no apego seguro.

4.1 O ambiente e a maternagem

Conforme discutido anteriormente, a saúde mental materna implica totalmente na qualidade do desenvolvimento de uma criança. Entretanto, quando existe há sofrimento

psíquico no contexto materno, a mãe pode não conseguir, por vezes, constituir um ambiente favorável para o desenvolvimento de seu filho (Baseggio *et al.*, 2017).

Winnicott (1983), a partir de suas práticas clínicas, destaca a relevância do ambiente na saúde de uma criança. Segundo o autor, diferente de outros animais que, ao nascerem, conseguem se manter sozinhos, o “animal humano”, inicialmente, depende de um ambiente que possua um adulto preocupado com os seus cuidados. Nesse início, o bebê ainda não está preparado para lidar com o meio interno e externo devido à sua fragilidade psicobiológica inicial. Portanto, o ambiente inicial de um bebê é a mãe-ambiente, essa que proporciona os recursos necessários para que o bebê construa, gradualmente, um ambiente pessoal. Todavia, é importante salientar que, para Winnicott, a mãe é aquela que desenvolve a função de cuidadora principal de um bebê, portanto, quando falo sobre mãe nesta tese, estou falando de alguém, independente do gênero, que exerce o cuidado principal de uma criança.

Como se posiciona Winnicott (1967, p. 5),

Desde o início, mesmo quando o bebê está vivendo num mundo subjetivo, a saúde não pode ser em termos apenas individuais. Posteriormente torna-se possível pensar numa criança saudável num meio-ambiente não-saudável; essas palavras, no entanto, não fazem sentido no começo.

Nesse sentido, a mãe, na qualidade de ambiente, precisa compreender com grande sofisticação e sensibilidade, e adaptar-se à realidade, às necessidades de seu bebê. Assim, o desenvolvimento de uma criança é uma “organização em marcha”, sendo composto de uma tendência inata à evolução e por uma mãe que facilita, a partir de uma identificação genuína com seu bebê, essa tendência (Winnicott, 1969).

Assim sendo, inicialmente, há uma dependência absoluta do indivíduo em relação ao ambiente físico e emocional. Para Winnicott (1948), um bebê, então, não pode existir sozinho, pois ele é parte de uma relação. Por conta disso, no início de seu desenvolvimento, o ego do bebê é amparado pelo ego materno que o fortalece (Celeri, 1990). Dentro dessa perspectiva, o bebê, no início, ainda não estabeleceu uma distinção entre aquilo que constitui o “Eu” e o “Não Eu”, por isso, sempre que se encontra uma criança, encontra-se alguém que exerce um cuidado. Como discute Rocha (2006), “um bebê não pode ser pensado sem a presença de alguém que lhe exerça a função de mãe e sem um ambiente, por esta última criado, onde possa evoluir e desenvolver seu potencial de crescimento e amadurecimento” (p. 98).

Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe, na fase mais inicial da vida do bebê, sem entender que ela deve ser capaz de atingir um estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença, para com seu bebê (Winnicott, 1956, p.494).

Sobre esse cuidado que a mãe oferta ao bebê, Winnicott (1956) discorre que para que haja essa implicação materna, é necessário que tenha, por parte da mãe, a preocupação materna primária. Essa preocupação seria um estado psicológico no qual há sensibilidade extrema da mãe em relação ao cuidado de seu filho. A mãe, a partir de uma interação com o bebê, consegue saber o momento certo de responder às necessidades vitais de seu filho. Ela passa a sentir o que ele sente e precisa; se ele precisa ficar em seus braços, ficar aconchegado no berço, mudar o seu corpinho de posição, ficar em silêncio, entre outras coisas. Segundo Winnicott (1962), “essas coisas vitais como ser segurado ao colo, mudado de lado, deitado e levantado, ser acariciado; e naturalmente, alimentado de um modo sensato, envolve mais do que a satisfação de um instinto” (p.67).

Quando há essa preocupação materna primária, a mãe desenvolve uma maternagem⁴ suficientemente boa, pois executa as três tarefas principais para a qualidade do desenvolvimento de um bebê: o *holding*, o *handling* e a apresentação do objeto⁵; ou seja, dá a possibilidade para que o bebê usufrua de uma continuidade de ser, compreenda-se como completo e real (Winnicott, 1956). Em relação ao *holding*, seria a segurança que o bebê tem do ambiente, o que é fundamental para que o bebê possa construir-se como pessoa. Já o *handling* estaria relacionado ao cuidado corporal do bebê provido pelo cuidador principal, baseado em procedimentos como limpeza, alimentação, troca de fraldas. Sobre a apresentação dos objetos, está relacionado à transicionalidade, a mãe apresenta o mundo à criança e, gradualmente, a criança ao mundo (Castilho, 2012).

A mãe suficientemente boa provê cuidados no período necessário, mas também frustra o bebê de maneira proveitosa e dá condições para ele caminhar em direção a uma dependência relativa (Basseggio *et al.*, 2017).

Através dessa saída de uma dependência absoluta, o centro de gravidade do ser no interior do contexto ambiente-indivíduo pode dar-se ao luxo de estabelecer-se no centro, no cerne em vez de na casca. O ser humano que agora passa a desenvolver uma entidade a partir do centro pode localizar-se no corpo do bebê, começando assim a criar um mundo externo ao mesmo tempo que adquire uma membrana limitadora e um interior (Andrade *et al.*, 2017, p.32).

Entretanto, para que todo esse processo aconteça, é relevante que a mãe

seja capaz de rejeitar uma série de coisas em favor dos cuidados que o filho solicita, a que tem capacidade de diminuir gradativamente a adaptação desses cuidados, de

⁴ Atenção dedicada da mãe aos cuidados para com seu filho.

⁵ Em relação ao *holding*, seria a segurança que o bebê tem do ambiente, o que é fundamental para que o bebê possa construir-se como pessoa. Já o *handling* estaria relacionado ao cuidado corporal do bebê provido pelo cuidador principal, baseado em procedimentos como limpeza, alimentação, troca de fraldas. Sobre a apresentação dos objetos, está relacionado à transicionalidade, a mãe apresenta o mundo à criança e, gradualmente, à criança ao mundo (Castilho, 2012).

acordo com a habilidade do bebê em lidar com a falha materna, quando este já consegue intelectualmente entender pequenas ausências da mãe quando de suas solicitações (Rocha, 2006, p. 26).

Nesse contexto, de acordo com Winnicott (1948), a constituição da maternagem se torna um estado de regressão emocional da mãe à sua infância, quando ela estava na posição de ser cuidada. Para Winnicott (1988), durante a dependência absoluta da mulher, a forma como sua própria mãe se adaptou e atendeu às suas necessidades são determinantes para a maternagem. A partir desse retorno, haveria a possibilidade de identificação da mãe com seu bebê, assim, ela se torna mais capacitada para compreender intuitivamente e satisfazer suas necessidades. Dessa forma, segundo a teoria winnicottiana, a maternagem é uma experiência que se constrói. Portanto, essa capacidade de entender o tempo do bebê está relacionada com as memórias corporais que a mulher guardou do momento em que ela era o bebê (Winnicott, 1949).

Diante dessas características, Winnicott (2022) vem refletir que não é necessário ensinar às mulheres como ser uma “mãe ideal”, pois não existiria esse conceito e, “quando se nasce um bebê, surge-se uma mãe” (p. 15), uma vez que, o ambiente que a mãe dispensa ao bebê requer uma qualidade humana, e não uma perfeição mecânica. Logo, entendendo que cada bebê é único, cada maternagem também será única, já que a identificação entre a criança e a mãe ocorre ainda na gestação.

Na verdade, sempre falo sobre “a mãe satisfatória” ou “a mãe não-satisfatória” porque, na verdade, estamos falando da mulher real, porque sabemos que o melhor que ela pode fazer é ser suficientemente boa [...] O melhor que uma mulher real pode fazer com um bebê é usar a sensibilidade, ser satisfatória [...] (Winnicott, 1987, p. 34).

Então, como discute Winnicott (1964, p. 98),

[...] os cuidados maternos com o próprio bebê são inteiramente pessoais, uma tarefa que ninguém mais pode realizar tão bem quanto a própria mãe. Enquanto cientistas dão voltas ao problema, procurando provas como lhes compete fazer antes de acreditar em qualquer coisa, as mães farão bem em insistir em que elas próprias são necessárias desde o princípio. Esta opinião não se baseia, devo também acrescentar, não se baseia em ouvir as mães falarem, em palpites ou na intuição pura; é conclusão que fui obrigado a estabelecer após longas pesquisas.

Dessa maneira, percebe-se a relevância de um ambiente favorável desde o nascimento da mãe-cuidadora. Além disso, como discutirei no tópico seguinte, um forte vínculo mãe-bebê e as respostas da mãe às necessidades do bebê resultam em um apego seguro e são essenciais para a possibilidade de um desenvolvimento saudável de uma criança.

4.2 Constituição e manutenção do vínculo mãe-bebê

Conforme discutido anteriormente, quando os bebês nascem, encontram-se em um ambiente estranho do qual eles não estavam acostumados, e, em contrapartida, deparam-se com uma mãe que está conhecendo um bebê diferente daquele idealizado, inicialmente, por ela (Silva; Braga, 2019). Nessa realidade, como discute Bowlby (1969), começa-se a ser construído e fortalecido o apego. Portanto, à medida que o bebê recebe atenção e interesse particular constante da mãe⁶, ou daquela que exerce esse lugar de cuidado, inicia-se o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê.

Segundo Bowlby (1969), o apego seria um sistema de estruturas psicológicas que ligam o bebê a seu cuidador. Esse sistema seria inato e instintivo, e organizaria os processos de memória do bebê, fazendo com que ele procure proximidade e comunicação com sua mãe ou cuidador. Ele consegue identificar situações de risco, a disponibilidade da figura de apego e gera comportamentos emocionais: chorar, agarrar, sugar, que buscam induzir respostas no cuidador. Ou seja, o sistema objetiva fazer o bebê se sentir seguro. Quando isso acontece, o bebê percebe o ambiente como não ameaçador e se adapta a ele, e desenvolve um apego seguro. Contudo, quando se identificam ameaças constantes, o bebê recorre à figura de segurança, e se volta sem proteção, há um apego inseguro (Bowlby, 1969).

Nessa lógica, de acordo com Bowlby (1969), existem quatro estágios para o desenvolvimento do apego. Conforme percebeu o autor (1973), ao longo desses estágios de apego, a criança vai percebendo a disponibilidade e responsividade do cuidador para que elabore representações do mundo. Havendo vivências positivas no ambiente e na resposta da mãe às demandas do bebê, há um modelo de figura de apego como alguém necessário e as relações futuras da criança poderão se embasar nisto. “De modo oposto, se a figura de apego frequentemente rejeita as necessidades de proteção e de autonomia da criança, ela construirá um modelo operante interno de apego com insegurança”, informa Bowlby (1973, p. 59).

Portanto,

o papel do apego na vida dos seres humanos envolve o conhecimento de que uma figura de apego está disponível e oferece respostas, proporcionando um sentimento de segurança que é fortificador da relação (...). Assim, o modelo de apego que um indivíduo desenvolve durante a primeira infância é profundamente influenciado pela maneira como os cuidadores primários (pais ou pessoas substitutas) o tratam, além de estar ligado a fatores temperamentais e genéticos. (Dalbem *et al.*, 2005, p. 06)

⁶ Assim como Winnicott, Bowlby ao falar da mãe, ele também se refere à figura de alguém que direciona cuidado ao bebê, aquele cuidador principal.

Assim, percebe-se, também, que

bebês com apego seguro geralmente choram e protestam quando a mãe sai de cena, acolhendo-a com felicidade quando ela retorna. São crianças que utilizam o cuidador principal como uma base segura para explorar o ambiente, mas, ocasionalmente, regressam a ele para se sentirem protegidas. São, usualmente, cooperativos e se aborrecem pouco. (Gomes, 2012, p. 27)

Assim sendo, no primeiro estágio de desenvolvimento do apego, a “Fase Inicial de Pré-Apego”, o bebê, por volta de até os três meses de vida, passa a demonstrar, por meio de comportamentos (sorrisos, acompanhamento com os olhos, agitação dos braços e gorjeios de prazer), alguma diferenciação entre os estímulos, com determinada limitação de comportamentos direcionados, especificamente, para a mãe. Embora não haja essa diferenciação, tais comportamentos ajudariam no estabelecimento e manutenção da proximidade física entre o bebê e sua figura de cuidado, sendo momento crucial para o desenvolvimento do apego.

Já no segundo momento, nomeado de “Fase do Apego em Curso”, entre os três e seis meses de vida do bebê, percebe-se que ele já possui certa orientação de seu corpo e demonstra comportamentos de apego mais direcionados para a mãe. Nesse período, a criança já idealiza a mãe como fonte de proteção e segurança (Silva; Braga, 2019).

O terceiro estágio, “Fase do Apego Definido”, inicia-se entre o sétimo mês e os três anos e meio de idade do bebê. Nesse momento, já se observa a expansão de comportamentos de apego da criança à mãe. Constata-se que se iniciam os comportamentos de seguir a mãe em momentos de separação e demonstrar alegria nos momentos de retorno. Segundo Bowlby (1969), tais movimentações sugerem que o vínculo de apego está sendo internalizado pela criança.

Sobre o quarto período, denominado de “Fase da Parceria para Meta-Fixada”, Bowlby (1969) indica que ele se iniciaria após a segunda metade do terceiro ano de vida da criança. Agora, a criança passa a desenvolver habilidades cognitivas para entender a causa-efeito entre seu comportamento e a reação da mãe. Essa evolução faz com que a criança desenvolva um entendimento sobre a relação com sua mãe.

Diante desses estágios, o autor da teoria do apego percebeu que as experiências precoces entre mãe-bebê servem como pilar para o que posteriormente se transformará nas relações da criança com o mundo – formado por outras pessoas. Conforme o teórico, embora o apego desenvolvido pela passagem nos períodos de apego esteja apto a persistir, não é, necessariamente, assim. Bowlby (1969) percebeu que o modelo de apego é uma propriedade da relação, e que se há mudanças nessa ligação, o modelo de apego também se modifica.

Dessa forma, à medida em que a criança cresce é que o padrão de apego se torna cada vez mais uma propriedade da própria criança, a visão que o indivíduo tem do mundo torna-se muito mais refinada e o seu comportamento torna-se potencialmente mais reflexivo.

Por essa via, o apego entre mãe-bebê é uma relação humana que altera tanto a personalidade da mãe quanto a do bebê. Logo, os cuidados maternos não podem ser considerados em termos de números, mas sim, em forma de prazer entre mãe e filho (Gabatx *et al.*, 2018).

Quando a interação entre um par transcorre normalmente, cada participante manifesta intenso prazer na companhia do outro e, especialmente, nas expressões de afeição do outro. Inversamente, sempre que a interação resulta em persistente conflito, é provável que cada participante manifeste, ocasionalmente, ansiedade ou infelicidade intensas, sobretudo ante a rejeição do outro. (Bowlby, 1969, p.259)

À vista disso, esse apego tem implicações relevantes no desenvolvimento do indivíduo, demonstrando a importância das primeiras relações de apego, estabelecidas na infância, e o estilo de apego do indivíduo ao longo de sua vida (Bowlby, 1969). Dessa maneira, o teórico sobre o apego percebe que é essencial à saúde mental do bebê e da criança pequena que eles tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe ou o cuidador principal, na qual ambos encontrem satisfação e prazer. Embora haja um declínio na frequência e intensidade do comportamento de apego após o terceiro ano, este ainda se constitui como parte importante do comportamento da criança, que continua a recorrer aos pais quando estão com medo, ou quando alguma coisa não sai como planejado e segue durante o restante da vida (Garrido-Rojas, 2016).

Posterior a esses escritos, para concluir a revisão de literatura deste trabalho, traçaremos um paralelo às questões relacionadas à vulnerabilidade social no Brasil. Por isso, a seguir, retornamos aos fundamentos históricos da desigualdade social, dos direitos sociais e do cenário das vivências em torno da COVID-19.

CAPÍTULO 5 – AS QUESTÕES EM TORNO DA VULNERABILIDADE SOCIAL E O CENÁRIO BRASILEIRO

*Vi ontem um bicho
Na imundície do pátio
Catando comida entre os detritos.*

*Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade.*

O bicho não era um cão,

*Não era um gato,
Não era um rato.*

O bicho, meu Deus, era um homem.

(O Bicho – Manuel Bandeira)

Seguindo os escritos da tese, como discutido anteriormente, além dos pontos elencados até aqui, outro aspecto que se liga ao objeto de pesquisa é a vulnerabilidade social experienciada por diversos sujeitos no Brasil. Essa vulnerabilidade que o cenário pandêmico tem acentuado. Contudo, antes de debruçar-me sobre essa categoria, é importante apresentar que existem diversos significados para a “vulnerabilidade social” (VS). Segundo Scott *et al.* (2018), este é um tema vasto e complexo conceitualmente, que pode ser abordado por diversas dimensões, econômica, de saúde, de direitos, ambiental. Portanto, nesta tese, utilizarei os pressupostos do IPEA (2018) que percebem a VS como a vivência de grupos de pessoas que passam por situações de adversidade em suas condições de vida (moradia precária, falta de acesso ou condições de emprego e renda ruins, pouco ou nenhum acesso à saúde ou à educação).

Nessa perspectiva, neste primeiro tópico do presente capítulo, buscarei remontar os aspectos históricos que podem se intercruciar com a realidade da vulnerabilidade social existente no Brasil. Retorno à História do Brasil, à chegada dos portugueses aqui, à relação deles com os povos nativos e os possíveis processos de constituição da desigualdade e da exclusão social brasileira. Posteriormente, discuto a vulnerabilidade brasileira contemporânea, apresento os aspectos em torno da infraestrutura urbana e os contextos de moradia, trabalho, renda e acesso à educação e à saúde da população em situação de vulnerabilidade social.

5.1 História do Brasil e constituição da desigualdade social: da chegada dos portugueses à urbanização

*Quem me dera ao menos uma vez
Que o mais simples fosse visto como o mais importante
Mas nos deram espelhos
E vimos um mundo doente*

(Índios – Legião Urbana)

Neste tópico, não discutirei toda a História do Brasil, mas, buscarei importantes argumentos que relacionem as experiências de desigualdade social com o processo de vulnerabilidade social vivido por uma parte do povo brasileiro. Segundo Farias e Leite Júnior

(2021) e Ribeiro e Vólvio (2017), identifica-se um consenso, acadêmico e político, que o contexto de vulnerabilidade social se associa com o quadro de extrema desigualdade social, decorrente de uma concentração de renda entre alguns e a produção de acumulação capitalista, baseada na exploração, que é estruturalmente excludente.

O primeiro aspecto que pode se relacionar com a constituição da vulnerabilidade social no Brasil foi o próprio processo de colonização do país. Como apresentam Zamariam *et al.* (2018), estudar o processo de dominação portuguesa sobre os povos nativos é uma possibilidade importante de conhecer as origens dos aspectos sociais brasileiros, uma vez que o processo de colonização moldou características do território.

Durante bastante tempo foi ensinado à sociedade aspectos relativos à “descoberta” do Brasil. Todavia, quando se estuda a história da colonização, percebe-se que antes da chegada dos portugueses à Ilha de Vera Cruz, já existia um povo nativo aqui. Assim, há uma invasão às terras dos povos indígenas, uma violência contra os povos originários, que acabaram sendo divididos em “aliados” e “inimigos”. Aqueles que eram considerados “inimigos”, que resistiram e lutaram, foram mortos ou excluídos do acesso às trocas que os portugueses tinham a oferecer – desleais, mas, atraentes –; e os “aliados”, foram catequizados e serviram de mão de obra barata à exploração de suas próprias terras (Silva, 2018).

O sistema colonial para a produção de riquezas a partir das terras “devastou física e culturalmente as populações originárias, e garantiu a instituição das grandes propriedades privadas nas mãos de poucos” (Caldart *et al.*, 2012, p. 482). Com a insatisfação dos resultados apresentados pela mão de obra indígena, foi preciso encontrar outro público que garantisse lucro fácil e abundante aos portugueses, iniciando, assim, a imigração de africanos para trabalho escravo (Carvalho; Carvalho, 2021).

Posterior à invasão e à escravização de mão de obra, percebem-se as primeiras marcas de uma desigualdade entre os povos. Enquanto uma parcela da população podia ser considerada rica por estar explorando os recursos materiais da terra brasileira, outra, majoritariamente, ficava em situação de miserabilidade extrema (Salles, 2017). Além dessa realidade, as condições de saúde e moradia da população em situações adversas no Brasil começa a piorar. Com o contato entre os diversos povos e a circulação de mercadorias, houve uma verdadeira “união microbiana”, com um novo trânsito de doenças entre territórios distintos, aspecto que marcou aqueles que podiam custear o tratamento e os que não tinham acesso aos cuidados necessários para algumas doenças (Oliveira, 2016).

Além disso, há o surgimento das habitações urbanas precárias. De acordo com Salles (2017), as moradias daqueles que não possuíam riquezas eram associadas à insalubridade e

propagação de epidemias, pois eram pequenos cômodos com grande número de habitantes. Com a elevada procura por moradia, os quintais e terrenos livres deram lugar a pequenas casas.

Conforme Vaz (1994, p. 56),

os proprietários cediam seus imóveis (térreos, sobrados, quintais e terrenos) a terceiros que investiam pequenas economias na construção de casinhas ou na subdivisão das existentes. Os proprietários pertenciam muitas vezes à nobreza, e os arrendatários eram pequenos comerciantes, geralmente portugueses, que produziam casinhas e exploravam também a venda ou a taverna anexa à estalagem. (...) Os aluguéis eram, em geral, exorbitantes e os rendimentos, fabulosos. Construir habitações coletivas tornou-se uma prática comum entre os proprietários e arrendatários de imóveis.

Mesmo diante de todas essas características, a vulnerabilidade social só começa a ser narrada posteriormente. Segundo Ayres (2006), o conceito de vulnerabilidade ganha espaço na década de 80, a partir de discussões no campo dos Direitos Universais do Homem em relação às reações dos serviços de saúde perante a epidemia de HIV/AIDS. Diante dos conceitos de risco epidemiológico e comportamento de risco, pesquisadores discutem a repercussão de estigmas em torno de populações marginalizadas. Nesse cenário, diversas instituições pensam o termo “vulnerabilidade” como a mais humanitária, menos estigmatizante e não ligada à determinação.

Segundo Abramovay (2002), a compreensão do conceito de vulnerabilidade direcionado ao campo social tem início nos anos 1990 sobre as deficiências dos estudos quantitativos sobre a pobreza, que enfatizavam, de forma acentuada, a questão da renda e as intervenções sem resultados expressivos. Entretanto, percebe-se, no Brasil, que quando há uma “transformação de uma sociedade baseada numa economia agrário-exportadora para uma sociedade mais moderna, de tipo urbano-industrial”, menciona Cano (2015, p. 07), iniciam-se os primeiros passos para os pilares da percepção da vulnerabilidade. O empobrecimento e a desestruturação do mercado de trabalho se instalam, sem a preocupação de ações estatais para minimizar os impactos na população. Assim, acabou-se gerando uma piora nas condições de vida da população nas cidades, a moradia fica mais precária, há falta de acesso a emprego e renda, e pouco ou nenhum acesso à saúde/educação, decorrentes, principalmente, da falta de direitos sociais (Carvalho, 2019).

Em relação às questões relacionadas a essa falta de direitos sociais, nos próximos tópicos atentarei sobre esse aspecto. Buscarei demonstrar as mudanças trazidas pela visibilidade da vulnerabilidade social como objeto de interesse público e a institucionalização da proteção social no Brasil, especialmente com a promulgação da Constituição Federal de

1988. Tentarei discutir acerca dessa proteção social e das atuais vulnerabilidades sociais brasileiras contemporâneas.

5.2 Os direitos sociais na Constituição de 1988 e percurso da Proteção Social no Brasil

Embora não tenham sido os primeiros avanços nos direitos sociais – visto que se sabe todo processo de acesso aos aspectos relacionados à proteção social (Caixas de Aposentadoria e Pensão, Institutos de Aposentadoria e Pensão, Instituto Nacional de Previdência Social, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência), de acordo com Pinto e Ximenes (2018), os principais ideais de direitos sociais no Brasil, e que se entrelaçam com esta tese, advêm da Constituição Federal de 1988. Segundo Carmo e Guizardi (2018), diante de intensos debates entre as mais diversas categorias (profissionais, acadêmicas, populares e políticas) e pelo movimento da redemocratização nacional, na década de 80, permitiu-se que houvesse a garantia de um projeto de Estado de bem-estar social no Brasil.

Segundo a Constituição (Brasil, 1988), em seu Art. 6, “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. Em seu Art.194, surge, ainda, a Seguridade Social, sendo um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Conforme o documento, a Seguridade estabelece a Previdência Social – restrita aos trabalhadores contribuintes do sistema previdenciário –, a Saúde – disponível e gratuita para todos –, e a Assistência Social – para todos aqueles que dela necessitarem –, como responsáveis para integração das ações para a garantia de cidadania aos brasileiros (Sposati, 2018).

De acordo com Yazbek (2012, p. 301), apresenta-se, portanto,

um sistema de cobertura de diferentes contingências sociais que podem alcançar a população em seu ciclo de vida, sua trajetória laboral e em situação de renda insuficiente. Trata-se de uma cobertura social que não depende do custeio individual direto, pois, uma sociedade com desigualdades gritantes não consegue conferir dignidade aos indivíduos que se encontram em situação econômica desfavorável sem políticas públicas.

Assim, a Saúde e a Assistência Social, ao integrarem e fortalecerem uma perspectiva distributiva e não contributiva da Seguridade Social, transformaram o padrão convencional de proteção social no Brasil. Essa revolução ocorre, principalmente, porque a segurança social

dos cidadãos passou a ser concebida independentemente de contribuições e inserções no mercado de trabalho, ou de posses privadas de renda. Além disso, extrapola-se o caráter contratual de seguro da política de previdência para o acesso incondicional à saúde e assistência, possuindo apenas o *status* de cidadania como parâmetro (Carmo; Guizardi, 2018).

Segundo Sposati (2018), a assistência social deveria, então, ser um dos pilares para intervir junto à parte da população que vivencia a situação de vulnerabilidade social. De acordo com o Art. 203 da Constituição, a assistência social possui por objetivos

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
 - II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
 - III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
 - IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
 - V - a garantia de um salário-mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.
 - VI - a redução da vulnerabilidade socioeconômica de famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza
- Parágrafo Único – Todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa permanente de transferência de renda.

Por outro lado, a Saúde também estaria atuando diante da vulnerabilidade social ofertando acesso universal, integral e equânime às suas ações, defendendo que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Logo, com a noção de direito social incorporado na Constituição Federal, essas políticas públicas objetivavam prestar uma assistência à população.

Embora a Constituição apresente os direitos sociais e a seguridade social como estratégias de cidadania, percebe-se que a efetivação de tais ações ocorreu e ocorre de maneira lenta. O movimento de implantação da Saúde e da Assistência Social na qualidade de política pública estatal foi perpassado pela chegada da corrente neoliberal ao Brasil, que acabou impedindo algumas conquistas sociais. Em 1990, em cenário de contradições, a negociação da Lei Orgânica da Saúde e da Assistência Social já se evidenciava a reorganização dos interesses empresariais e corporativos em torno da proteção social e fez com que as aprovações das Leis fossem muito difíceis (Sposati, 2018).

Sob essa realidade, a proteção social como garantia de direito dos cidadãos e um dever do estado, passa a ser efetivada apenas com as Políticas de Saúde e Assistência Social, regulamentada pela LOS e LOAS, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

Por conseguinte, segundo Giovanni (1998), a proteção social é uma forma institucionalizada que a sociedade constituiu para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Dessa maneira, “a saúde e a assistência social configuram-se como possibilidades de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo” (p. 10).

[...] a garantia de proteção social ativa, isto é, não submete o usuário ao princípio de tutela, mas à conquista de condições de autonomia, resiliência e sustentabilidade, protagonismo, acesso a oportunidades, capacitações, serviços, condições de convívio e socialização, de acordo com sua capacidade, dignidade e projeto pessoal e social (Brasil, 2004, p. 25).

Nesse cenário, surgem os equipamentos de saúde e da assistência social como possibilidades de intervenção na prevenção, promoção e bem-estar individual e social, através do empoderamento, protagonismo das pessoas e atividades a indivíduos em situação de vulnerabilidade social (Brasil, 2004). Assim, com esses serviços há a chance de apaziguar a vulnerabilidade social que uma grande parcela da sociedade experiencia, contudo, quando se analisa o cenário atual de algumas famílias brasileiras, percebe-se que a situação é diferente do que se espera.

5.3 A realidade das famílias brasileiras que vivenciam a situação de vulnerabilidade social e o contexto de COVID-19

Segundo Carmo e Guizardi (2018), a partir dos anos 2000, observa-se que o Estado começa a se debruçar na identificação das diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade no território brasileiro. Numa perspectiva de ultrapassar o reconhecimento da pobreza, entendida como insuficiência de recursos monetários, iniciam-se os esforços de perceber o fenômeno da vulnerabilidade social como multidimensional.

Nessa lógica, surgem instrumentos que buscam visualizar os níveis de vulnerabilidade social que a população brasileira está exposta. Dentre eles, pode-se citar o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), em que se identifica as taxas de acesso, ausência ou insuficiência de oferta de bens e serviços públicos de “ativos”, que pela Constituição Federal de 1988, deveriam ser providos aos cidadãos pelo Estado (Januário *et al.* 2016).

Em relação a esses “ativos”, o IVS analisa três subíndices: i) Infraestrutura Urbana; ii) Capital Humano; e iii) Renda e Trabalho, cuja posse ou privação determina as condições de bem-estar das populações nas sociedades contemporâneas (IPEA, 2018). Sobre a dimensão que percebe a vulnerabilidade da “Infraestrutura Urbana”, procura-se refletir sobre as

condições de acesso a serviços de saneamento básico e de mobilidade urbana, por serem aspectos que se relacionam ao lugar de domicílio e impactam a qualidade de vida da população (Rotili *et al.*, 2020).

Acerca da dimensão “Capital Humano”, observa-se dois “ativos”, que segundo Ribeiro *et al.* (2018) são essenciais para determinar as perspectivas de futuro dos indivíduos: as condições de saúde e o acesso à Educação. Já no que se refere à vulnerabilidade de “renda e trabalho”, vê-se indicadores relativos à insuficiência de renda das famílias, a desocupação de adultos, a ocupação informal de adultos e a presença de trabalho infantil (IPEA, 2018).

Para avaliação do IVS, faz-se a média aritmética dos indicadores apresentados e classifica a vivência da vulnerabilidade social em “muito baixa”, “baixa”, “média”, “alta” e “muito alta”. Sendo assim, é considerada como situação ideal aquela com índice “muito baixo” e o valor máximo, “muito alto”, como a pior situação encontrada. Em 2000, o Brasil apresentava IVS na faixa da alta de vulnerabilidade social. Com as promulgações de políticas públicas, no ano de 2010 (último dado sobre o IVS brasileiro), a vulnerabilidade social foi reduzida para a faixa “média” (IPEA, 2018).

Embora se encontre essa “melhoria” nos índices, é importante pontuar que, conforme sinaliza Campello *et al.* (2018), o Brasil é um dos países com maior taxa de desigualdade social do mundo. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2015), cerca de 35,20% da população maior do que 15 anos não são economicamente ativos e 6,95% não recebe sequer $\frac{1}{2}$ salário-mínimo. É importante salientar que esses dados se referem ao ano de 2015 e que, conforme já discutido nesta tese, diante da pandemia de COVID-19, essa realidade pode estar bem pior.

Segundo Demenech *et al.* (2020), a relação entre epidemias e vulnerabilidade social já foi estabelecida em outros momentos históricos, como na Gripe Espanhola, H1N1, SARS e Ebola, constatando que as desigualdades sociais se implicam no adoecimento biopsicossocial dos indivíduos. Como relata esses autores, as desigualdades sociais são determinantes para a taxa de transmissão e severidade dessas doenças.

Ademais, a pandemia de COVID-19 acabou interrompendo serviços essenciais de saúde mental em 93% dos países em todo o mundo. Embora muitos países (70%) tenham adotado a telemedicina ou teleterapia para superar as interrupções nos serviços presenciais, mais de 60% dos países relataram interrupções nos serviços de saúde mental para pessoas vulneráveis, visto que, cronicamente, esse público já possui diversos entraves no acesso a serviços de saúde (OMS, 2020).

Por esse prisma, de acordo com Costa (2020), a pandemia de COVID-19 tem atingido com maior expressividade uma certa parte da população brasileira. Segundo o autor, aqueles que trabalham no regime informal e residem em áreas inseguras, ou seja, que têm rendimentos baixos e irregulares, sem ou com pouco acesso ao saneamento básico, à moradia digna e ao sistema de saúde e proteção social favoráveis, têm sido mais afetados pela realidade pandêmica.

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020), mostra que o número de desempregados ultrapassou os 15,2 milhões no primeiro trimestre de 2020. Esses dados, como aponta o Instituto, estão atrelados a uma maior informalidade e ao aumento de trabalhadores sem carteira assinada.

Um aspecto que dificulta ainda mais essa realidade é o que discute Souza (2015)

Habitualmente as pessoas em situações adversas são culpabilizadas pelo próprio fracasso, naturalizando a desigualdade social e encobrindo o caráter social e diferenciado da construção dos seres humanos, centrando somente no sujeito sua possibilidade de sucesso e de fracasso (p.21).

Portanto, torna-se importante (re)pensar políticas públicas que problematizem os impactos das desigualdades sociais cotidianas na realidade dessa população que vive em situação de vulnerabilidade social, bem como estudar, também, a realidade desses que têm experienciado a pandemia de maneira desigual, como, por exemplo, o público materno-infantil, foco desta tese. Como se deu o acesso aos serviços de saúde mental às mães que estavam apresentando sofrimento psíquico no decurso da pandemia? Por que é relevante ofertar uma atenção especial a este público? Qual o papel atual do SUS no contexto de vulnerabilidade social?

Diante dessas perguntas, finaliza-se o estado da arte do estudo. Em vista disso, a seguir, partimos na busca de descrever o método e as técnicas empregadas para responder ao questionamento balizador desta tese.

CAPÍTULO 6 – “VOCÊ NÃO SABE O QUANTO EU CAMINHEI PARA CHEGAR ATÉ AQUI”: PERCURSOS METODOLÓGICOS DA CONSTRUÇÃO DA TESE

6.1 Tipo de estudo e a perspectiva qualitativa para a tese

*Escutar é um raro acontecimento entre seres humanos (...)
Escutar é um ato primitivo de empatia, em que a pessoa se dá à palavra de outro, tornando-se acessível e vulnerável àquela palavra”.*

(Ouvir e escutar - William Stringfellow)

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que para alcançar os objetivos propostos utilizou a técnica da rememoração, entrevistas semiestruturadas e diário de campo. Nesta tese, no decorrer da escrita do delineamento metodológico, entendo ser essencial contextualizar o leitor sobre as motivações de realizar um estudo no campo da pesquisa qualitativa. Talvez, um dos principais motivos da escolha esteja relacionado ao que recita Stringfellow: “escutar é um ato primitivo” (Stringfellow, [s.d]); e, percebendo o ouvir como pilar que ancora minha formação profissional, que já apresentei na introdução deste trabalho, o ato de escutar está arraigado a mim.

Outro aspecto relevante que atravessa minha escolha é a própria constituição do campo da Saúde Coletiva que, como se sabe, é um espaço de saberes e práticas que se apoia, entre as diversas formações disciplinares, nas Ciências Humanas e Sociais (CHS). Nesse contexto, em coerência com o que Bosi (2012) reflete, as CHS investem em estudos com a mais diversa complexidade de objetos e perpassam o subjetivo, o afetivo, o livre e o criador – e este é o aporte primordial do enfoque qualitativo.

Esses aportes auxiliaram no estabelecimento da melhor maneira de responder ao que esta tese procurou compreender, visto que, como Bosi e Gestaldo (2021) e Camillo (2017) apresentam, a epistemologia qualitativa tem como objeto aquilo que não exige resposta numérica, portanto, tem como material a linguagem e os aspectos subjetivos; é uma abordagem que busca valorizar as pessoas e os seus fazeres, resgata a subjetividade como fator importante na pesquisa; e procura ouvir e registrar as vozes de sujeitos que, por vezes, não são ouvidos. O processo qualitativo exige daquele que fala, um (re)fazer de experiências e uma (re)elaboração do presente, criando a oportunidade de reflexão sobre si mesmo e o passado vivido (Bosi, 2012). Por esse ângulo, o pesquisador e pesquisado se mantêm em constante desenvolvimento, percebendo não apenas a fala do indivíduo, mas, o sentido dessa fala.

Embora esse entendimento acerca do enfoque qualitativo e do crescimento desse tipo de pesquisa, observa-se que no âmbito científico isso não retrata uma legitimidade diante de outros modelos de estudos, e, menos ainda, hegemonia desse enfoque. O paradigma qualitativo ainda vem se deparando com diversos desafios para “a afirmação plena de seu estatuto no campo científico ante o paradigma dominante (positivista)” (Bosi; Gestaldo, 2021, p. 110).

Além disso, dentro do campo da pesquisa qualitativa, existem diversos métodos que atravessam disciplinas e temas variados, efetivando-se por meio de uma série de recursos

(Bosi; Gastaldo, 2021). Desse modo, no âmbito deste estudo, utilizei a lógica da comunicação cotidiana (Muylaert *et al.*, 2014). Os detalhes da vida do sujeito entrevistado e as experiências pessoais adquirem interesse à medida que revelam aspectos vinculados à temática central, que nesta tese, envolveram as vivências em torno da maternagem no contexto de COVID-19, vínculo mãe-bebê e vulnerabilidade social.

6.2 Participantes do estudo

Como apresentado na introdução do trabalho, o grupo de Saúde Materno-Infantil e Juventude da Universidade Federal do Ceará (UFC), em parceria com *Harvard School of Public Health* e Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), têm acompanhado uma coorte sobre saúde mental materna, desenvolvimento infantil e impactos da pandemia na parentalidade de famílias residentes de Fortaleza-CE.

Atualmente, a coorte possui um banco de dados com as informações de contato de 351 mulheres que tiveram filhos durante o período do distanciamento físico, iniciado pelo Decreto Estadual nº 33.519 de 19 de março de 2020 (Ceará, 2020). Desse banco de dados foram selecionadas, aleatoriamente, para a constituição do material empírico desta tese, 18 (dezoito) mulheres que obtiveram o resultado do SRQ > 8, ou seja, apresentavam TMC. Ressalta-se que foram escolhidas 03 (três) participantes de cada uma das 06 (seis) regionais administrativas de Fortaleza-Ceará⁷.

É relevante (re)lembrar que, na abordagem qualitativa, não é necessário um cálculo estatístico ou probabilístico para obter o número suficiente de sujeitos para a pesquisa. A questão “quantos?” nos protocolos desta abordagem, segundo Arruda (2009), tem importância relativamente secundária em relação à questão “quem”. Dessa maneira, neste estudo, não há a preocupação de compor um “n” de sujeitos.

6.2.1 Critérios de inclusão e exclusão das participantes

Para a participação no estudo, as participantes precisaram atender aos seguintes critérios de inclusão: estar participando da coorte “Iracema COVID-19”, vivenciar a situação de vulnerabilidade social e autorizar visitas domiciliares. Como critérios de exclusão: possuir

⁷ Atualmente, segundo a Prefeitura Municipal de Fortaleza (2023), 12 (doze) regiões administrativas em Fortaleza, Ceará, entretanto, no início da coorte só existiam 06 (seis). Portanto, decidiu-se manter a divisão anterior à reorganização administrativa do município.

limitações físicas e psíquicas que impeçam de responder à entrevista; ter se mudado de Fortaleza; e não autorizar a gravação da entrevista.

6.3 Cenário de estudo da tese

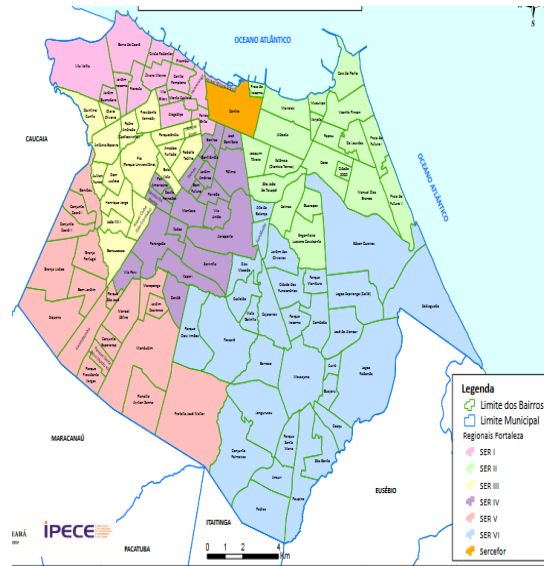
Sobre o cenário da pesquisa, o estudo foi realizado em Fortaleza-CE. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, conta com uma população estimada de 2.703.391 habitantes, em que destes, 53,19% (1.437.933) são mulheres, e 5,46% (133.992) vivenciam a situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social, com rendimento domiciliar *per capita* mensal de até R\$70,00. No que se refere aos Indicadores de Desenvolvimento Humano, Fortaleza apresenta IDH⁸ de 0,754, e, de Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*⁹, o valor gira em torno de R\$25.254,44 (IBGE, 2021). Apesar de um razoável IDH, no ano de 2017, segundo pesquisa realizada pelo Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (ONU-Habitat), Fortaleza/CE era a 2ª (segunda) capital mais desigual da América Latina, ficando atrás apenas de Goiânia/GO (ONU, 2017).

Do ponto de vista da territorialização, a capital cearense, atualmente, está dividida em 06 regionais de saúde, com o objetivo de diminuir as diferenças entre as suas regiões. Essa organização agrupa os 121 bairros de Fortaleza/CE, seguindo os critérios: quantidade de habitantes, área de cada bairro, aproximação cultural e utilização de equipamentos públicos pelos habitantes (IBGE, 2021).

Figura 2 - Mapa das Secretarias Executivas Regionais (SER) e bairros de Fortaleza.

⁸ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um índice composto que incide sobre três dimensões básicas do desenvolvimento humano: a longevidade, a educação e a renda. O IDH tem um limite superior de 1,0, assim, quanto mais próximo desse valor, melhor as condições de vida da população (PNUD, 2015).

⁹ O PIB *per capita* é a soma do PIB dividida pela população da região mensurada (Souto, 2020).



Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza (2021).

6.4 Itinerários para obtenção do material empírico e formação do corpo discursivo do trabalho

*Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu nem cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio chorei*

(A Estrada – Cidade Negra)

O estudo foi desenvolvido em cinco etapas durante o período de abril/2023 a julho/2023. No primeiro momento, conforme propõe Gil (2008), que indica que sejam realizadas reuniões com a equipe de pesquisa para traçar as características de trabalho, foi apresentado o objeto de pesquisa a todo o Grupo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil e Juventude da UFC que tem trabalhado sobre a temática da COVID-19. Nesse ensejo, sanei as dúvidas que surgiram sobre o estudo e solicitei acesso ao banco de dados com os contatos das mães.

Após a passagem pelo grupo, com o auxílio das pesquisadoras da coorte “Iracema-COVID-19”, fiz contato inicial com as mães, por telefone e WhatsApp, expliquei os objetivos do estudo, esclareci as dúvidas e as convidei para participar da pesquisa. Segundo Strand, Olin e Tidefors (2015), esse momento é importante, pois oportuniza o sujeito pesquisador a inserir-se, de maneira mais densa, no ambiente que será pesquisado; uma vez que através de conversas informais, há o surgimento de diversas reflexões sobre a pesquisa.

Posterior a esses processos, agendei um horário com as mães e fui até o domicílio delas para realizar a coleta do material empírico desta tese. Como já mencionado, utilizei como recurso para obtenção desse aparato, a técnica da rememoração, a entrevista semiestruturada e o diário de campo.

Inicialmente, em um ambiente do domicílio designado por cada mulher, apresentei um mural com imagens que retratavam a pandemia de COVID-19 durante o ano de 2020, e pedi que elas tentassem reconstruir, mentalmente, como foi esse período (APÊNDICE B). No decorrer dessa atividade, realizei uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) com essas mulheres e busquei coletar as narrativas delas sobre a vivência nesse momento histórico e os aspectos sobre suas experiências com seu filho.

Durante todo esse processo, desde a minha chegada no domicílio da mulher, busquei observar a interação mãe-bebê, indo além do apenas ouvir, anotei, em um diário de campo, ancorado no Método Bick¹⁰, os aspectos que ocorreram ao redor da atividade reflexiva (relação entre a mãe e seu filho, sons, conversas paralelas, reações individuais, movimentação no domicílio e território).

Vale salientar que, a técnica de coleta denominada entrevista pode ser classificada em questionários, semiestruturada, narrativa e episódica (Camillo, 2017). No caso desta tese, a semiestruturada buscou encorajar e estimular o sujeito entrevistado (informante) a contar sobre um tema. Essa técnica e a rememoração tiveram a finalidade de permitir que as participantes percebessem e apresentassem suas construções, além de favorecer que elas discorressem livremente sobre um determinado tema, mediante o diálogo entre entrevistador e entrevistada (Camillo, 2017). Nesse sentido, o diário de campo ajudou a “descrever com precisão os aspectos que circundaram a atividade e auxiliaram a refletir sobre os acontecimentos de um dia de intervenção”, discorrem Freitas e Pereira (2018, p. 35).

Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas em um Gravador e Reprodutor de Voz e, posteriormente, foram transcritas de forma literal para um arquivo no *Microsoft Word* para que fosse realizado o *upload* no *software MAXQDA Analytics Pro 2000* para o processo de análise. Conforme alerta Gil (2008), a transcrição não pode se constituir como uma síntese da fala, nem deve se orientar pela limpeza e correção do que foi dito, ela deve ser feita pelo

¹⁰ O Método Bick de Observação foi criado pela psicanalista Esther Bick em 1948 com o propósito de oferecer uma experiência de observação psicanalítica e participante de bebês. Durante a observação, utiliza-se a atenção flutuante, um dos pressupostos da clínica psicanalítica e, posteriormente, registra-se a observação de maneira detalhada e descritiva (Oliveira-Menegotto *et al.*, 2021).

registro literal da narrativa, levando em consideração a entonação do que é dito, os silêncios, as pausas e os gestos feitos pelos entrevistados.

6.5 Análise do material empírico

Sobre a análise do material empírico, devido às minhas experiências prévias em pesquisa qualitativa, decidi utilizar a Técnica de Análise do Conteúdo Temática de Bardin (2016). Nessa análise, busquei compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás das falas das mães e dos documentos encontrados, tentando perceber o sentido das comunicações, seja no conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (Chizzotti, 2006).

Portanto, a análise seguiu as etapas propostas por Bardin (2016), que são organizadas em três fases: 1) Pré-análise, 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na primeira fase, denominada de “Pré-Análise”, conhecida também como momento de organização, foi preciso realizar a leitura “flutuante” das narrativas transcritas, conhecendo todo o material, criando familiaridade com ele e seguindo a regra da exaustividade, não deixando nenhuma fala de fora da análise (Bardin, 2016).

Adentrando na “Exploração do material”, escolheu-se categorias para os dados, que foram surgindo a partir da pergunta norteadora do estudo, onde os temas que se repetiram com muita frequência foram recortados “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados”, relatam Sousa e Santos (2020, p. 1407). Nessa fase, teve-se um estudo aprofundado no tema, orientado pelas hipóteses da pesquisa e em referenciais teóricos (Mayring, 2016).

Na terceira fase, “Tratamento dos resultados, inferência e interpretação”, ocorreu a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2016).

Para fins de auxiliar o processo de Análise do Conteúdo, utilizei o *software* MAXQDA versão *Analytics Pro 2000*, o qual se configura como um *software* de análise de dados qualitativos e de métodos mistos (MAXQDA, 2020) dentre os programas do CAQDAS - *Computer-Aided Qualitative Data Analysis Software* disseminados em meados dos anos 80 do século XX (Neves; Santos, 2018).

6.6 Aspectos éticos da pesquisa com seres humanos

Para a realização da coleta de dados, as participantes receberam, do pesquisador, informações detalhadas acerca dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da participação na pesquisa. Em seguida, após dadas todas as informações, as participantes foram solicitadas a ler o TCLE. Após a leitura e aprovação, as mulheres receberam a 2ª via do documento com minha assinatura enquanto pesquisador principal. Salienta-se que, durante a pesquisa, foram mantidas a privacidade e a liberdade de resposta da entrevistada. Os dados obtidos foram utilizados para fins de estudo, sendo mantida a fidedignidade dos resultados e anonimato dos participantes.

Ressalta-se, ainda, que esse projeto respeitou na sua execução todos os princípios éticos da Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção de vida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos (Brasil, 2016). Ademais, informa-se que este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal do Ceará (UFC) para apreciação das proposições éticas de pesquisa e obteve parecer consubstanciado favorável sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), com o número 53725621.3.0000.5054 e Parecer Consubstanciado nº 5.159.476 (APÊNDICE D).

CAPÍTULO 7 – “QUANDO EU SOLTAR A MINHA VOZ, POR FAVOR ENTENDA, QUE PALAVRA POR PALAVRA... EIS AQUI UMA PESSOA SE ENTREGANDO”: RESULTADOS E DISCUSSÃO DA TESE

*A gente vai contra a corrente
Até não poder resistir
Na volta do barco é que sente
O quanto deixou de cumprir*

*Faz tempo que a gente cultiva
A mais linda roseira que há
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a roseira para lá*

(Roda viva – Chico Buarque)

Este capítulo apresenta os resultados do processo de investigação realizado a partir da análise e interpretação das informações oriundas das entrevistas e do diário de campo. Inicialmente, há uma caracterização das participantes da pesquisa, com o objetivo de possibilitar ao leitor o conhecimento do perfil das entrevistadas. Posteriormente, são apresentados os desafios enfrentados no campo da tese. À frente, debruça-se acerca da construção dos eixos analíticos e há o exercício crítico-interpretativo do material discursivo obtido nesta investigação.

7.1 Caracterização das participantes da pesquisa

*Quem é ela?
Que vai todo dia na capela
Fazer oração, acender vela
Dizem que ela zela por mim*

(Quem é ela? - Eduardo Nobre e Jesse Silva)

Participaram do estudo 18 (dezoito) mulheres que tiveram filhos durante o período do distanciamento físico, instituído pelo Decreto Estadual nº 33.519, de 19 de março de 2020, do Estado do Ceará (Ceará, 2020). A idade das participantes estava, predominantemente, na faixa etária de 20 a 42 anos, e a média de idade entre elas foi de 35 anos. As mulheres, em sua maioria, autodeclararam-se pardas (doze), três como brancas e três negras. E, acerca das matrizes religiosas, nove eram pertencentes ao protestantismo, cinco católicas, uma espírita e três afirmaram não possuir crença religiosa.

Diante da organização administrativa do contexto da saúde do município de Fortaleza, Ceará, que se organiza em seis regionais, durante a escolha das participantes, elegemos três

mulheres de cada uma das localidades. Por isso, em relação à moradia, as entrevistadas residiam nos bairros: Ancuri, Barra do Ceará, Bela Vista, Cais do Porto, Conjunto Ceará, Dias Macedo, Genibaú, Henrique Jorge, Itaoca, Itaperi, Jangurussu, José Walter, Luciano Cavalcante, Pirambu, Quintino Cunha, Serrinha, Vicente Pinzon e Vila Velha.

No que concerne à fonte de renda, a maioria das participantes informou estar desempregada, e apenas três narraram emprego formal. Uma grande parte delas (quinze) pertencia à classe social mais desfavorecida, residiam nos bairros com menor IDH das regionais, recebia algum tipo de benefício social/previdenciário do governo (Bolsa Família, Cartão Mais Infância ou Pensão por Morte), e o tinha como única forma de recurso financeiro. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria das integrantes da pesquisa (treze) ficou como o Ensino Médio Completo, enquanto duas possuíam pós-graduação e apenas três o Ensino Fundamental.

Sobre o estado civil das entrevistadas, cinco eram casadas, cinco conviviam em união estável, uma era viúva e sete estavam solteiras. Das integrantes desta pesquisa, dez informaram residir com os pais de seus filhos. As mulheres relataram ter, em média, dois filhos nascidos, sendo que a maior parte delas (dez) tinham duas crianças, três tinham um filho e cinco estavam com três crianças. Acerca do número de pessoas residentes no domicílio das entrevistadas, obteve-se, predominantemente, a presença de 01 a 05 pessoas por lar. No tocante ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA's), apenas duas mulheres narraram fazer uso esporádico de álcool, tabaco e *cannabis*.

Como forma de preservar o anonimato e respeitar as resoluções de ética em pesquisa, a identificação das falas das entrevistadas ocorrerá por meio de nomes fictícios dados pelo autor, estes que consistirão em: Maria, Joana, Ester, Raimunda, Francisca, Rosa, Mônica, Cláudia, Joaquina, Isadora, Antônia, Josefa, Eliana, Helena, Laura, Cecília, Isis e Júlia.

7.2 Os desafios e as possibilidades do campo de estudo escolhido

*Sonhar mais um sonho impossível
Lutar quando é fácil ceder
Vencer o inimigo invencível
Negar quando a regra é vender [...]*

*Não me importa saber se é terrível demais
Quantas guerras terei que vencer por um pouco de paz?*

(Sonho Impossível - Chico Buarque | Ruy Guerra | Joe Darion | Mitch Leigh)

Conforme exposto anteriormente, com o auxílio das pesquisadoras da coorte “Iracema-COVID-19”, fiz contato inicial com as mães, por telefone e WhatsApp, momento em que expliquei os objetivos do estudo, esclareci as dúvidas, e as convidei para participar da pesquisa. Entretanto, um aspecto fortemente evidenciado, entre a maioria das participantes, foi o interesse que a entrevista ocorresse em formato remoto (videochamada ou telefonema) e a recusa pela visita domiciliar. Um aspecto que pode se ligar a esse fenômeno, relaciona-se com a localização dos lares das entrevistadas. Como analisado no banco de dados da coorte, a maioria delas residia em localidades de difícil acesso, havendo, inclusive, em alguns casos, a necessidade de longas caminhadas, visto que, existiam lugares em que o transporte particular não conseguia atravessar as vielas de acesso à localidade.

Após isso, algumas entrevistadas aceitavam, inicialmente, participar da pesquisa, contudo, quando eu indagava sobre a disponibilidade de dia e horário para a coleta do material, o contato com as mulheres era descontinuado (não respondiam as mensagens do WhatsApp ou não atendiam aos telefonemas). Ainda, observou-se que algumas participantes informavam que só participariam do estudo após conversa prévia com seus companheiros, e não deram retorno. Esse fenômeno não impactou no número de participantes do estudo (18), visto que, conforme essas mulheres descontinuavam o contato, eram procuradas outras possíveis entrevistadas.

Apesar desses percalços, o recurso do uso de imagens como disparador da fala foi aspecto muito relevante na coleta do material empírico. Percebi como as fotos (APÊNDICE B) despertavam diversas lembranças nas entrevistadas e foram essenciais para que elas pudessem narrar sobre suas experiências. Conforme Bauer *et al.* (2015), esse tipo de recurso acaba sendo uma técnica projetiva que “facilita a investigação de conteúdos inconscientes, propiciam o diálogo e criam um ambiente favorável à elucidação de aspectos subjetivos não revelados na verbalização” (p. 115).

Para mais, outra ferramenta que auxiliou no processo da construção desta tese foi o diário de campo, instrumento que favoreceu que, durante a análise dos discursos das mulheres, eu pudesse recordar os aspectos em torno dos relatos das participantes. Como descreve Weber (2009), o diário de campo foi um recurso que possibilitou uma melhor compreensão da análise de pesquisa, podendo, inclusive, haver partes que não serão mencionadas em publicações científicas, mas que foram durante a análise dos dados.

Ademais, observei que após o processo de coleta do material empírico, diversas entrevistadas, principalmente aquelas que narraram situações de intenso sofrimento psíquico, tinham maior dificuldade de acesso a dispositivos de saúde mental e moravam em bairros com menor IDH (Cais do Porto, Quintino Cunha, Vicente Pinzon e Vila Velha), continuaram a manter contato comigo, enviando, inclusive, mensagens via WhatsApp solicitando informações sobre como ter apoio psicológico perto de suas casas. Esse aspecto corrobora com Dimenstein *et al.* (2017), que demonstram como “as condições de vida e, conseqüentemente, de saúde, estão fortemente relacionadas aos espaços utilizados pelas pessoas, onde circulam, vivem e desenvolvem suas atividades diárias” (p. 74). Portanto, partindo desse pressuposto, a essas participantes, tenho realizado o procedimento de orientação quanto às suas demandas, disponibilizando contato de clínicas-escolas de psicologia e buscando articular o cuidado em Rede, como prediz a lógica do cuidado em território.

7.3 A emergência dos eixos e categorias analíticas da tese

Após o processamento do conteúdo apreendido neste trabalho, elaborou-se, a partir das características da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2016), num esforço didático e como forma de organização do material discursivo, eixos e categorias analíticas que serviram como base para o exercício crítico-interpretativo da tese (Quadro 1).

Durante a “Exploração do material” (Bardin, 2016), diante das repetições de temas nas falas das participantes da pesquisa, que se ligavam aos objetivos deste estudo, surgiram três eixos estruturantes que favoreceram a categorização dos resultados encontrados, que se dispõem conforme a seguir:

- **Eixo 1: Saúde mental materna em contextos adversos relacionados à pandemia de COVID-19:** refere-se às experiências relatadas pelas participantes sobre sofrimento psíquico e estratégias empregadas por elas para lidar com tais vivências.
- **Eixo 2: Modos de vida e relações sociais de mulheres que vivenciam cenários de vulnerabilidade social:** relaciona-se às práticas cotidianas de trabalho, lazer e consumo, e as redes de apoio social e afetivo das mulheres desta pesquisa.
- **Eixo 3: Constituição da maternagem e do vínculo entre o binômio mãe-bebê:** concerne às percepções das entrevistadas sobre a gestação e os cuidados com os filhos e o processo de estabelecimento e manutenção do vínculo entre mãe-bebê.

Quadro 1 – Objetivos, eixos e categorias analíticas da pesquisa

OBJETIVOS DA PESQUISA	<i>Explorar o estado de saúde mental de mulheres no pós-distanciamento físico</i>	<i>Identificar os modos de vida dessas mulheres</i>	<i>Caracterizar as redes de apoio social e afetivo</i>	<i>Analisar os processos em torno do vínculo mãe-bebê nesses contextos</i>
EIXOS	Saúde mental materna em contextos adversos relacionados à pandemia de COVID-19	Modos de vida e relações sociais de mulheres que vivenciam cenários de vulnerabilidade social		Constituição da maternagem e do vínculo entre o binômio mãe-bebê
CATEGORIAS	<i>“Eu sinto muita tristeza dentro de mim, muita tristeza, vontade de desistir de tudo”</i> : experiências maternas de sofrimento psíquico.	<i>“Meu dia é tão corrido que, ultimamente, eu nem ando tendo vida”</i> : práticas cotidianas de trabalho, lazer e consumo de mulheres no período de pós-COVID-19.		<i>Olhava para meu filho e prometia para ele que eu iria cuidar dele e fazer de tudo para dar o melhor de mim”</i> : percepções maternas sobre a gestação e os cuidados com os filhos nascidos no distanciamento físico.
	<i>“Eu busco ficar com um pensamento mais otimista e não deixar me abater tanto”</i> : estratégias de cuidado utilizadas por mulheres para lidar com os sofrimentos psíquicos.	<i>“Ter alguém para contar nas horas de ‘perrengue’ é muito importante”</i> : redes de apoio social e afetivo de mulheres em cenários vulneráveis.		<i>“É um amor que a gente sabe que vai ter que cuidar, zelar, até os últimos dias da gente, não tenho palavras para descrever”</i> : estabelecimento e manutenção do vínculo mãe-bebê.

Fonte: Dados produzidos pela própria pesquisa (2023).

7.3.1 Saúde mental materna em contextos adversos relacionados à pandemia de COVID-19

7.3.1.1 “Eu sinto muita tristeza dentro de mim, vontade de desistir de tudo, vontade de sumir, eu sinto vontade de morrer”: experiências maternas de sofrimentos psíquicos

*Ser ou não ser... Eis a questão.
Que é mais nobre para a alma:
suportar os dardos e arremessos do fado sempre adverso,
ou armar-se contra um mar de desventuras
e dar-lhes fim tentando resistir-lhes?
Morrer... dormir... mais nada...*

*Imaginar que um sono põe remate aos sofrimentos do coração
e aos golpes infinitos que constituem a natural herança da carne,
é solução para almejar-se.
Morrer..., dormir... dormir...
Talvez sonhar...*

(HAMLET, ATO III, Cena I – Shakespeare)

A noção de sofrimento psíquico perpassa a lógica de uma série de condições psicológicas relacionadas com situações reais ou não, que ocasiona algum mal-estar e se manifesta, principalmente, por sintomas emocionais e relacionais. O sofrimento humano possui características complexas e multidimensionais, pois se entrelaça com experiências singulares, próprias e intransferíveis e, assim, demanda compreensão singular, apoio e cuidado (Costa, 2014; Oikawa; Garcia, 2021). “O que é sofrimento para um, não é, necessariamente, para outro, mesmo quando submetidos às mesmas condições ambientais”, explicam Brant e Minayo-Gomez (2004, p. 214).

Estudo desenvolvido por Silva (2020), no período do distanciamento físico em Fortaleza, Ceará, expressou evidentes alterações na saúde mental das participantes, com sintomas de ansiedade, cansaço extremo, estresse, irritabilidade, impaciência e preocupação. De acordo com Gerbaldo e Antunes (2022), houve, durante o ano de 2022, um aumento considerável na procura por apoio psicológico e psiquiátrico em serviços de saúde mental. Nesse cenário, perante as experiências negativas que a população esteve exposta durante a pandemia, Bosi e Alves (2023) alertam sobre os reflexos desse período para o campo da saúde mental no Brasil, demarcando sobre como esse fenômeno pode se desdobrar em sofrimentos psíquicos diversos.

Apoiado nesses vários argumentos e percebendo como algumas pessoas, principalmente aquelas que estavam nas classes menos favorecidas, podem ter vivenciado

situações mais difíceis no campo da saúde mental durante a pandemia, indagou-se às participantes desta pesquisa acerca de suas experiências no período. A partir das respostas das entrevistadas, percebeu-se como diversas mulheres experienciaram situações de sofrimentos psíquicos em seus contextos no decorrer da COVID-19, tais como: tristeza, medo, vontade de chorar, episódios de ansiedade, dentre outros, como expressos nos excertos abaixo:

“Eu me via assim triste, a gente ficava meio assim com medo, né, de morrer. Eu sentia muita vontade de chorar, a todo instante eu estava chorando” (ANTÔNIA)

“[...] desenvolvi muita ansiedade, algo muito grande, fiquei com medo de morrer, com medo, acho que fiquei louca” (CECÍLIA)

“[...] eu comecei a emagrecer, eu só chorava, eu não dormia, eu cochilava. Eu não sentia vontade de falar com ninguém, de ver ninguém, eu não me alimentava direito, eu não tinha higiene direito” (LAURA)

“Eu já tive depressão, ansiedade, então foi muito complicado porque eu já estive doente dos nervos, e quando veio a pandemia, tudo piorou na minha saúde mental” (MARIA)

Conforme estudo de Ribeiro *et al.* (2018), a prevalência de narrativas de sofrimento psíquico entre os brasileiros estaria presente em até 50,3% da população. Em pesquisa realizada sobre a realidade da Atenção Primária à Saúde (APS) de São Paulo e do Rio de Janeiro, Aragão *et al.* (2018) demonstram que o atendimento a queixas de saúde mental nesses cenários chega a 19,48% do total da demanda, em que desses, 43% relacionam-se com sofrimento psíquico e 34,7% transtornos mentais graves.

No contexto pandêmico, esses dados se tornaram mais alarmantes. Segundo Schmidt *et al.* (2020), a pandemia de COVID-19 foi um evento que acabou desencadeando diversos sofrimentos psíquicos na população. A realidade foi impactante, principalmente diante do medo de ser infectado por um vírus potencialmente fatal, as medidas de contenção (*lockdown*, distanciamento físico e isolamento social), preocupações com a escassez de condições básicas de existência, perdas financeiras, mortes de familiares/amigos/conhecidos, incertezas sobre como controlar a doença e sobre sua gravidade, notícias falsas sendo compartilhadas, além da imprevisibilidade acerca do tempo de duração da pandemia e dos seus desdobramentos.

Embora as mulheres, inicialmente, narrem sobre as suas experiências negativas no decorrer da pandemia, observou-se, também, durante as entrevistas, diversos discursos de sofrimentos e manifestações de alterações significativas nas vivências subjetivas atuais das entrevistadas, tais sejam: ansiedade, tristeza, choro fácil e desesperança, como demonstrado a seguir:

“[...] até hoje eu acho que eu não sou mais a mesma pessoa, sabe? Tudo me afeta, tudo me abala e assim tudo eu choro, é como se fosse um desespero. [...] Hoje eu não tenho mais nervo, eu não tenho mais paciência. [...] e jornal, eu não suporto mais ver, eu não suporto, começa logo me dar um nervoso” (JOSEFA).

“[...] Eu sinto muita tristeza dentro de mim, vontade de desistir de tudo, vontade de sumir, eu sinto vontade de morrer. Volta e meia vem tudo de novo, aí eu fico naquela luta: ah faz isso, a tua vida não presta, acaba com a tua vida. Eu tentei suicídio três vezes” (HELENA).

“A ansiedade bate hoje em dia ainda, viu?. Ave Maria, às vezes quando vê, a ansiedade é tão grande que eu como as unhas. É muito ruim ficar assim por causa da cabeça da gente” (ELIANA).

“Tem momento que eu me sinto muito triste do nada. Do nada bate a tristeza, aí começo a pensar um bocado de coisa. [...] mas é isso, a pandemia afetou muito. Então, eu já tinha crise de ansiedade, aí depois dela (pandemia), tudo piorou” (ISADORA).

Essa realidade demarcada nos discursos das mulheres que vivenciam situações relacionadas à vulnerabilidade social é corroborada com estudos que demonstram como populações, principalmente aquelas residentes em áreas mais carentes, ainda experimentam, de maneira maximizada, sentimentos negativos ligados à pandemia (Weich, 2022; Eger *et al.*, 2022). Esses aspectos apoiam o que Saraceno (2011) enfatiza: a relação dinâmica entre o sofrimento psíquico e o lugar social dos sujeitos, sobretudo nas grandes cidades. Com isso, ainda não é possível caracterizar as consequências a longo prazo da COVID-19, pois ainda estamos testemunhando diversas vivências relacionadas àquele período, principalmente no âmbito da saúde mental (Eger *et al.*, 2022).

Outra questão que intensificou os sofrimentos descritos pelas participantes deste estudo, conforme o discurso delas, foi a experiência da gravidez. A gestação é um fenômeno que enlaça uma série de mudanças físicas e psíquicas (Zanatta *et al.*, 2017). Na passagem por essa circunstância, há uma série de reestruturações e reajustes, que podem desencadear diversos sentimentos (choro fácil, tristeza, desesperança), como descrito pelas entrevistadas:

“A gente fica muito abalada, a gente quer chorar a qualquer momento, e essas coisa a gente faz quando a gente tá grávida, fica muito sensível” (ELIANA).

“Eu nunca fui assim de ‘tá’ chorando direto nos cantos e de ‘tá’ triste. Eu sempre, por mais que eu estivesse passando por uma dificuldade, eu sempre esbanjava sorriso para tudo que era lado, mas depois da gravidez, eu me vi tão assim... fechada. Tipo assim, sem querer sair mais, sem querer conversar com ninguém e até mesmo o celular. Até abandonei um pouco o celular nesse tempo” (ROSA).

Além desses fatores, as questões relacionadas à procura por ajuda técnica no campo da saúde mental também estiveram presentes nas falas das mulheres. Quando perguntadas sobre

apoio profissional, verificou-se que a maioria delas relatou não fazer acompanhamento ou tratamento com especialistas em saúde mental, como apresentado nos excertos:

“Eu não tive apoio psicológico em relação a isso, [...] eu guardei aquilo só para mim. Eu nem cheguei a comentar com a médica lá, entendeu? Que eu estava tão triste, que eu só chorava e não queria comer” (RAIMUNDA)

“Não, eu vou levando aqui mesmo até onde der. Vou levando pelas minhas mãos mesmo. Eu ir atrás de um médico para isso, não fui não” (ANTÔNIA)

A fala das participantes denota como existem fragilidades no campo do cuidado em saúde mental no Brasil. Embora se entenda que a produção do cuidado em saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial, “deve ocorrer em ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente próximos dos sujeitos” (Paes *et al.*, 2013, p. 16), e que pesquisas (Faro *et al.*, 2020; Schmidt *et al.* 2020) tenham percebido a relevância das intervenções à saúde mental durante a COVID-19, verifica-se que, na realidade das entrevistadas, vários impasses se relacionaram com a falta de acesso a serviços e/ou ações de saúde mental.

A narrativa de *Raimunda* corrobora com o estudo de Rotoli *et al.* (2019), que demonstra como muitos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) não são treinados em intervenções psicossociais e identificação de transtornos mentais para conseguirem rastrear problemas de saúde mental de outra forma que não quando sendo expressos aberta e diretamente pelo paciente. Essa é uma fragilidade, pois, na maioria das vezes, o primeiro lugar em que os pacientes buscam ajuda é pela APS, visto que é a porta de entrada do SUS. Esse resultado se relaciona, ainda, com o fenômeno de algumas entrevistadas, principalmente as que viviam em bairros de maior vulnerabilidade, buscarem informações e ajuda para conseguir apoio psicológico com o pesquisador desta tese.

Ademais, constata-se como esse achado é grave, visto que, apesar de existir literatura de saúde materno-infantil (Winnicott, 1983; Carvalho, 2019; Steen *et al.*, 2019) que demonstra a importância da saúde mental materna para o desenvolvimento infantil, percebe-se como há invisibilidade quanto aos cuidados voltados aos aspectos emocionais da mulher durante o período gravídico e puerperal. Essa constatação se liga ao que descrevem Vieira *et al.* (2020), que demonstram as dificuldades que o campo da saúde mental brasileira tem vivido nos últimos anos, como: pouca acessibilidade e acolhimento à população, falta de ações de matriciamento, recursos comunitários precarizados e precariedade da RAPS em alguns municípios que não dispõem dos dispositivos necessários, com formação deficitária

dos profissionais e resquícios do antigo modelo de cuidado em saúde mental, centrado no encarceramento e na medicalização excessiva, em detrimento da vivência em comunidade e do uso de outras práticas terapêuticas.

Apesar desse cenário, as mulheres reconheciam a necessidade de um acompanhamento/tratamento em saúde mental diante das situações de sofrimento, conforme o discurso:

“Nunca fiz acompanhamento em saúde mental, mas eu sinto que eu preciso [...] então acho que eu ‘tô’ precisando de ajuda” (ESTER).

“Eu já tive depressão, tenho ansiedade, eu já fiz tratamento naquele hospital da Messejana. Era muito bom, mas aí eu parei, como já tinha dois anos que eu ‘tava’ lá, eu fiquei boa” (JOANA).

“Eu ‘tô’ em busca de uma consulta, ‘tô’ esperando ansiosa para mim [...] poder ver se eu consigo ter um acompanhamento e melhorar” (JOAQUINA).

Esse panorama corrobora com Pereira, Amorim e Gondim (2020) e Acioli Neto e Amarante (2013), que demonstram, a partir de estudos qualitativos, como os sujeitos em sofrimento psíquico, muitas vezes, compreendem a relevância de realizar acompanhamento/tratamento no campo da saúde mental. Contudo, existem fatores que são alertados pelos autores e percebidos nesta tese: o desconhecimento da população sobre os dispositivos de saúde mental e as dificuldades que esses sujeitos têm em acessar os serviços relacionados à atenção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Sobre essas condições, as participantes narram que:

“Não saberia onde encontrar. Não saberia, eu até procurei questão de pessoas assim para mim, até particular e essas coisas, mas até agora ainda não deu certo não. (ELIANA).

“Por exemplo, se hoje eu fosse procurar psicólogo, não sei onde encontrar. Assim, para essas coisas só conheço aquele hospital da Messejana” (ISIS).

“Não vou atrás da consulta por conta da dificuldade, existe uma fila de espera imensa. Por exemplo, meu filho mais velho ele descobriu recente que tem TDAH, mas ele ainda não conseguiu atendimento” (CECÍLIA).

“Não sei onde encontrar, até porque assim é tudo muito difícil. ‘Tá’ aí, eu ‘tô’ a mais de um ano no NUTEP esperando uma consulta pra essa criança, que a gente foi lá e só fez a triagem, e não tem resposta. (LAURA).

Além desses pontos, o discurso posterior, da participante *Joaquina*, ainda denota outras dificuldades no campo do cuidado em saúde mental: a lógica de encaminhamentos, referências e contrarreferências.

“Da última vez que o médico do posto me atendeu ele falou assim: você precisa ser acompanhada por algum psicólogo. Eu disse assim: ‘tá’ certo. Aí ele me encaminhou para um, aí houve um imprevisto e não deu para eu ir e eu remarquei de novo, só que quando cheguei, não consegui mais atendimento, porque no posto não tinha mais psicólogo. Fui ao CAPS, mas disseram que não era lá que eu seria atendida, voltei para o posto de novo. ‘Tô’ esperando para ver se consigo ser atendida em algum lugar, mas já faz tanto tempo. Não é fácil não correr atrás assim para ser acompanhada... é difícil, muito difícil” (JOAQUINA)

O que *Joaquina* conta, vai em contramão às ideias do Apoio Matricial, que busca desenvolver um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (Campos, 1999). Como discute Campos e Domitti (2007, p. 68),

O matriciamento é um arranjo capaz de oferecer outro modo organizacional para os serviços de saúde que complementa a organização hierarquizada em mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação, pois a dialogicidade e troca de saberes, bem como o apoio especializado, permitem essa corresponsabilização pelos casos de saúde mental.

Por isso, a prática do encaminhamento, como ocorrido com *Joaquina*, acaba traduzindo a maneira como, muitas vezes, o sistema de saúde brasileiro tem se organizado: de uma forma vertical e hierárquica, em que há um profissional que encaminha o caso e outro que o recebe, transferindo a responsabilidade pelo cuidado e não oferecendo uma boa resolutividade (Brasil, 2011). Assim, da forma como vem ocorrendo, diversas vezes o usuário não consegue atendimento e acaba, bem como a entrevistada esperando, durante um longo tempo, por um acompanhamento profissional.

Embora haja essas circunstâncias negativas discutidas, observou-se, na categoria temática a seguir, que algumas das entrevistadas deste estudo narraram sobre hábitos e condutas que foram percebidos por elas como positivos à saúde mental.

7.3.1.2 “*Eu busco ficar com um pensamento mais otimista e não deixar me abater tanto*”: *estratégias de cuidado utilizadas por mulheres para lidar com os sofrimentos psíquicos*

*Vou para o mato
Uma casa dentro da floresta
Cercada de rio
Com o mar bem perto, quando durmo ouço as ondas
Nessa casa uma mulher velha cuida de mim
Me dá chás de raízes amargas, me benze com arruda
Me dá comida*

Ela canta para mim

*Ouve meu choro com paciência, me olha dentro dos olhos
E então vejo um céu estrelado, cheio de paz, dentro dos olhos pequenos dela
O fogo está aceso o tempo todo
Ela me diz que vou ficar lá até recuperar minha força de leoa
Eu me permito descansar e ser cuidada
No final, estarei dançando como nunca dancei
Meus cabelos estarão tão fortes como as minhas coxas, como as minhas mãos, os meus pés
Eu estarei pronta para usar um vestido branco, uma coroa de lua
Eu terei passado muitas horas dentro do mar*

(Eu cuidadora de mim - Priscilla Herrerias)

Ainda que exista, na literatura científica, a ideia do cuidado como “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (Ayres, 2004, p. 74), recorreremos a uma outra definição para discutir as falas das entrevistadas. O cuidado se relaciona desde uma compreensão filosófica até uma atitude prática. Conforme o autor, no campo prático, há uma tentativa para que o sujeito tenha alívio de um sofrimento ou alcance um bem-estar, a partir da disponibilidade de alguém para com o outro. Sendo assim, o cuidado se dá a partir de uma relação (Ayres, 2004).

Nesse sentido, quando foram percebidas as vivências de sofrimentos psíquicos intensos pelas participantes e a falta de acompanhamento profissional, indagou-se a elas sobre as possíveis estratégias de cuidado empregadas para conseguir lidar com aquela realidade. Conforme Nahar *et al.* (2019), quando enfrenta crises ou sofrimentos, o ser humano pode elege uma série de estratégias na tentativa de uma adaptação psicossocial. Dentre as ações praticadas pelas mulheres, algumas participantes narraram sobre a relevância da religiosidade nesse processo, conforme exposto:

“[...] me aproximei mais das lives que têm da igreja por conta que acalmava muito” (ELIANA).

“Quando eu escuto um louvor, quando eu vejo alguma coisa assim de Deus, que venha de Deus, eu me acalmo” (ANTÔNIA).

“[...] busco nas orações e penso: não, vai dar certo, vai dar certo” (ÍISIS).

“Eu ‘tava’ orando, buscando a Deus para que Deus me desse força, coragem de enfrentar tudo aquilo. Eu vejo a igreja o melhor lugar, porque eu vou adorar o Senhor e dali eu saio cheia de energias” (ROSA).

Esse panorama se associa com os achados de Santos *et al.* (2022), que demonstram como a religiosidade, historicamente, tem assumido um espaço significativo para a humanidade. Como apresenta os autores, e percebemos nos discursos das participantes

pesquisadas, recursos religiosos de orações, promessas, peregrinações e ações rituais são constantemente utilizados em situações de enfrentamento. Logo, a terapêutica religiosa tem se mostrado uma das alternativas nos itinerários de cuidado à saúde mental das mulheres. Além disso, no contexto da pandemia de COVID-19, os aspectos religiosos elevaram o nível de esperança da população e redução do medo, preocupação e tristeza (Silva Filho *et al.*, 2023).

Baltazar e Silva (2023, p. 50) expressa que

A religião permite uma leitura do sofrimento mental que lhe confere certa positividade, ou positividade de propósito, permitindo para o paciente, ainda que de modo estranho para o profissional que o escuta, uma ressignificação de seu sofrimento através de parâmetros religiosos.

Ademais, algumas participantes do presente estudo revelaram, ainda, a influência do trabalho artesanal/artístico como fator favorável ao alívio do sofrimento psíquico, como mencionado nos trechos:

“Eu comecei a trabalhar com cabelos e quando eu fico fazendo meus cabelos me relaxa muito. Eu melhorei muito depois que eu fiz meu curso de cabelereira, melhorei bastante” (HELENA).

[...] eu trabalho com bordados de *lingerie* e é sempre assim, quando ‘tô’ triste, pego nos bordados e tudo melhora um pouco” (ISADORA).

Como denotam Araújo *et al.* (2017), com o desenvolvimento das sociedades modernas, o trabalho começou a ocupar um lugar central na vida das pessoas. A partir do trabalho, tem-se a possibilidade de construir identidade, interagir e possuir suporte social, minimizar a monotonia, encontrar desafios e obter renda. Diversos estudos (Vasconcelos; Faria, 2008; Araújo *et al.*, 2017; Souza; Bernardo, 2019) demonstram como pode haver, atualmente, uma relação negativa entre trabalho e saúde mental, principalmente diante da precarização dessa atividade. Todavia, os resultados desta tese corroboram com pesquisas (Paulino; Bendassolli, 2018; Neves *et al.*, 2018, Viegas, 2022) que identificam que, em algumas situações, o trabalho pode trazer qualidade de vida às pessoas. Além disso, no caso das entrevistadas, evidencia-se que a natureza do trabalho que elas executam, que são, de alguma forma artesanal/artístico, é fator positivo, pois eles não somente exigem concentração na sua execução, o que ocupa suas mentes e afasta os pensamentos negativos, mas há um certo uso da criatividade para se obter o resultado final.

Outro ponto que esteve presente nas narrativas de algumas mulheres, percebido como maneira de reduzir sentimentos e sensações negativas, foi o autocuidado físico, relacionado,

principalmente, com atitudes voltadas para o corpo, de acordo com os relatos de *Júlia, Mônica e Maria*.

“Me sinto bem melhor quando cuido um pouco do cabelo, consigo fazer a unha no final de semana ou então [...] quando vou no salão” (JÚLIA)

“Têm coisas que melhoram minha cabeça, a minha academia que eu gosto, fazer uma unha, cuidar do meu corpo” (MÔNICA)

“Quando eu vou deixar a minha filha na creche de manhã, eu volto ali sozinha, pensando na vida, e isso melhora muito meus nervos” (MARIA)

O autocuidado se relaciona com a prática de atividades em que os indivíduos executam ações, em seu próprio favor, com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essa modalidade de intervenção de cuidado de si, envolve a tomada de decisões que buscam contribuir para o funcionamento e o desenvolvimento humano (Orem, 1980). Os diálogos das participantes vão ao encontro do que Amorim *et al.* (2017) retratam em sua pesquisa, na qual verifica que as práticas de autocuidado que causam bem-estar no sujeito podem beneficiar a saúde mental quando incorporadas no cotidiano, pois se ligam à promoção à saúde.

Para mais, estudo de Lades *et al.* (2020, p. 908), realizado na Irlanda, mostrou que “atividades como se exercitar e outras ligadas à natureza, contribuíram para diminuir as emoções negativas das pessoas, sugerindo o papel protetor e relacionando ao bem-estar”. Estudo (Melo *et al.*, 2015) realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, identificou que a implantação/criação de áreas verdes contribui à proteção da saúde mental, visto que nesses espaços são implementadas ações e atividades, individuais e coletivas, de promoção à saúde.

Nesse contexto, a realização de atividades de entretenimento, como ir à praia e se sentar à calçada, foram descritas pelas entrevistadas como maneiras para lidar com os sofrimentos psíquicos vivenciados.

“Eu gosto de ir à praia. Não sei por que, mas quando eu ‘tô’ ali de frente pro mar eu sinto uma paz tão grande, eu fico em paz, aí não tem quem tire aquela paz de mim. Pronto, ali eu esqueço até que eu existo, os ‘problema’ vai ‘simbora’ e quando eu tomo um banho [de mar] parece que... tipo, aquelas ‘coisa’ têm saído de cima de mim” (ISIS)

“[...] parece besteira, mas ficar na calçada, me balançando na minha cadeira, é uma das coisas que me aliviam mais” (ANTÔNIA)

Esse achado se compara com o que Maciel *et al.* (2022) verificaram anteriormente, que as atividades de entretenimento funcionam como maneiras de amenizar o estresse, a ansiedade e a depressão, promovendo a melhoria do bem-estar dos sujeitos. Portanto, frente às situações de sofrimentos psíquicos, a participação em ações que proporcionem alguma satisfação ao indivíduo pode minimizar a angústia. Dessa forma, como discorrem Cardoso *et al.* (2018), existem uma série de recursos que, a partir de vivências subjetivas, podem se vincular a aspectos que servem como suporte psicossocial.

Apesar da série de estratégias descritas pelas participantes, foi observado que duas mulheres não identificavam, concretamente, a forma como conseguiam lidar com as situações, elencando esses comportamentos como algo natural, como descrito a seguir:

“Nem eu sei como consigo... não sei te explicar, é aquela coisa de corda bamba, você vai se mantendo na medida que pode, parece que é natural. Você vai aprendendo na ‘porrada’, no sofrimento, mas você vai aprendendo” (ROSA)

“Eu não sei! Às vezes parece que é algo natural... algo normal. Eu simplesmente fico mal, bem mal, aí depois vou melhorando um pouco. E é incrível como eu sempre fui assim, desde criança. Acho que aprendi com a minha mãe. Ela também era assim. Aí é assim: eu só enfrento aquilo. Eu me abalo, mas vou lá e enfrento tudo aquilo” (CLÁUDIA).

Esse achado abre espaço para uma primeira indagação: há relação entre as falas das participantes e a cultura da deslegitimação e do silenciamento de mulheres? Embora esse não seja, necessariamente, o foco deste trabalho, torna-se importante situar as discussões em torno desta mulher. Segundo Beauvoir (1970), existe, desde os primórdios, uma relação desigual de poder entre homem e mulher. Para a autora, existem mecanismos do poder patriarcal que perpassa gerações e promove a subjugação das mulheres. Conforme Millett (1974), essa situação coloca a mulher no polo passivo, que mesmo em sofrimento, o aspecto que naturaliza esse comportamento não abre espaço para a percepção.

Entretanto, outra pergunta surge: diante das condições adversas vivenciadas e da administração pessoal das mulheres sobre as experiências, as narrativas das participantes se ligam com a teoria da resiliência?

Segundo Walsh (2004, p. 26), a resiliência é “a capacidade de uma pessoa sair da adversidade fortalecida. Trata-se de um processo ativo de resistência, adaptação e crescimento como resposta às crises e aos desafios da vida”. Essa realidade das entrevistadas corrobora com os estudos de Macedo *et al.* (2020) e Silva Júnior *et al.* (2022), em que foi percebido que a resiliência é aspecto que auxilia as mulheres a suportar as iniquidades e desigualdades vivenciadas. Inclusive, esses achados se ligam aos estudos de Cyrulnik (2004), que demonstra como a resiliência,

[...] É um processo, de um conjunto de fenômenos harmonizados em que o sujeito se esgueira para dentro de um contexto afetivo, social e cultural. A resiliência é a arte de navegar nas torrentes. Um trauma empurrou um sujeito em uma direção que ele gostaria de não tomar. Mas, uma vez que caiu numa correnteza que o faz rolar e o carrega para uma cascata de ferimentos, o resiliente deve apelar aos recursos internos impregnados em sua memória, deve brigar para não se deixar arrastar pela inclinação natural dos traumatismos que o fazem navegar aos trambolhões, de golpe em golpe, até o momento em que uma mão estendida lhe ofereça um recurso externo, uma relação afetiva, uma instituição social ou cultural que lhe permita a superação (p. 207).

Para mais, questões que se ligam à saúde mental de mulheres, como verificado no material empírico coletado, são os próprios modos de vida e as relações sociais desenvolvidas pelas entrevistadas. Assim, as categorias a seguir, buscam apresentar essas temáticas narradas pelas participantes.

7.3.2 Modos de vida e relações sociais de mulheres que vivenciam cenários de vulnerabilidade social

7.3.2.1 “Meu dia é tão corrido, que ultimamente eu nem ando tendo vida”: práticas cotidianas de trabalho, lazer e consumo de mulheres no período de pós-COVID-19

*Todo dia ela faz tudo sempre igual
Me sacode às seis horas da manhã
Me sorri um sorriso pontual
E me beija com a boca de hortelã*

*Todo dia ela diz que é pr'eu me cuidar
E essas coisas que diz toda mulher
Diz que está me esperando pr'o jantar
E me beija com a boca de café*

(Cotidiano – Chico Buarque)

Embora o conteúdo “trabalho” tenha surgido em categoria anterior como fator protetiva à saúde mental das participantes deste estudo, verificou-se, no decorrer das análises do material empírico, que essa proteção estava relacionada com o exercício das atividades artesanais/artísticas. Evidenciou-se, no exercício crítico-interpretativo sobre os modos de vida das mulheres, que o trabalho informal esteve de forma contundente nos discursos das entrevistadas quando perguntadas sobre suas experiências subjetivas diárias.

Segundo Garcia e Marcondes (2022), historicamente, o trabalho doméstico não remunerado e de cuidados com a família esteve ligado às mulheres. A divisão sexual do trabalho, aquela em que o homem predominantemente trabalha fora de casa, e as mulheres se empenham, principalmente, nas atividades domésticas, embora tenha sofrido alterações significativas nos últimos anos, permanece como aspecto presente na reprodução social. Segundo a PNAD (2019), cerca de 92% das mulheres com 14 anos ou mais, é responsável pelos afazeres domésticos, contra 78% dos homens. Além disso, no que se relaciona ao trabalho de cuidados, 33% das mulheres entrevistadas realizaram atividades de cuidados, enquanto se encontrou 24% de homens nessa realidade.

De acordo com Valenzuela *et al.* (2020), a América Latina possui larga tradição relacionada ao trabalho doméstico remunerado e não remunerado. Ainda conforme os autores, os fatores como renda, gênero e raça são marcadores importantes para perceber os contextos desse trabalho. Ávila e Ferreira (2020) demonstram, ainda, que no panorama brasileiro, o trabalho doméstico não remunerado está majoritariamente ligado a mulheres em situações sociais adversas.

Observou-se que a maioria das entrevistadas não possuía trabalho formal remunerado, e que quando indagadas acerca dessa atividade, todas as participantes descreveram que executam ou executaram algum tipo de tarefa ligada ao lar, mas não relacionam essas ações como trabalho, conforme mencionado a seguir:

“[...] hoje eu voltei a ser mais uma desempregada. Eu ‘tava’ trabalhando de diária, mas fixa, mas agora no momento eu não ‘tô’ mais. Aí agora só ‘tô’ em casa, cuidando da minha casa mesmo. Todo dia dou uma “geral” aqui, se não tenho trabalho tenho que fazer isso agora” (ROSA).

“Era eu, e é, vinte e quatro horas. Eu que limpo a casa, faço comida [...] se não trabalho, a casa tem que estar limpa, é só isso a minha vida” (ANTÔNIA).

“Não trabalho não. Começo o dia limpando a casa, fazendo o almoço e depois eu vou dar banho no menino, tomar meu banho, dar o almoço dele e depois botar ele para dormir. Quando ele dorme a tarde é que vou estudar um pouco, quase à noite. É esse o meu dia: deixar tudo limpo e arrumado” (JOAQUINA).

Para mais, relacionar as atividades domésticas como responsabilidade da mulher também foi identificado no discurso de uma das participantes, *Maria*, como o excerto a seguir:

“Eu tenho que arrumar a casa, lavar a roupa, por que é minha responsabilidade como mulher, sempre foi assim, né? A casa quem cuida é a mulher e o marido trabalha fora. Eu não tenho um trabalho, eu até já tentei, mas não bate os horários, porque não tem quem fique responsável pelas coisas de casa e para cuidar dos meus filhos” (MARIA).

A fala de *Maria* se implica com o que Ávila, Ferreira e Arantes (2016) e Ferreira (2017) demonstram em suas pesquisas: a dificuldade social intrínseca de romper com a lógica estabelecida em relação ao trabalho doméstico vinculado à mulher. Ainda que se encontre no discurso de outras entrevistadas desta pesquisa, aspectos ligados ao ingresso da mulher no mercado de trabalho, e a relevância disso, percebe-se, corroborando com Carvalho e Gonçalves (2023), como essa entrada não implicou em uma divisão mais igualitária do trabalho doméstico entre homens e mulheres.

Outrossim, mesmo que no contexto da pandemia, como percebido por Silva (2020), existam indícios de maior participação masculina no cuidado com os filhos, o relato de *Maria* confirma os apontamentos de Melo *et al.* (2023), em que descrevem como a COVID-19 propiciou que mulheres-mães passassem maior parte do tempo com os filhos, organizando a rotina em torno dos cuidados dedicados a eles e ao lar. Esse cenário se entrelaça com o que constataram Delfini *et al.* (2021) e Malta *et al.* (2020), que o distanciamento físico imposto pela pandemia intensificou, em vários casos, o trabalho doméstico para as mulheres e trouxe modificações no tempo de descanso delas.

Neste estudo, quando indagado acerca do cotidiano das participantes, verificou-se que apesar da finalização da exigência do distanciamento físico e do retorno às atividades habituais de algumas famílias, a realidade de várias mulheres ainda continua com alterações em relação à rotina anterior e ao tempo de descanso. Dentre os pontos narrados pelas participantes, um dos mais frequentes entre elas foi a prática de acordar muito cedo para iniciar tarefas diárias, como conta *Claudia, Eliana e Júlia*:

“Mudou muita coisa depois da pandemia. Eu sempre gostei de acordar tarde, tipo umas sete horas, mas hoje, depois daqueles dias do isolamento, no meu dia a dia eu acordo muito cedo. Eu acordo antes do Sol raiar, aí já vou agilizando as minhas coisa dentro de casa, para antes de minha filha acordar eu já ter pelo menos feito algumas coisas aqui” (CLAUDIA)

“Para começar, me acordo quatro e meia da manhã, bem cedo ajeitar o café para poder ele (marido) sair. Em seguida, seis horas já tem que acordar as meninas para ajeitar para escola. Eu chego da escola e vou cuidar nas coisas de casa, aprontar almoço, para quando for dez e meia pegar a outra (filha) na escola, é assim. Aí a tarde eu vou fazer lavagem de roupa, tem os bichos para dar comida, passo a roupa” (ELIANA)

“Eu peguei o hábito de iniciar o dia acordando muito cedo, por volta de cinco, cinco e meia da manhã. A gente acorda para sair às sete horas e deixar na creche, aí depois eu fico das oito às cinco no trabalho, e depois a gente tem a nossa rotina do brincar, a nossa rotina de ficar o nosso momento juntos, né, já que a gente passa o dia todo fora, eles no integral na escola e eu trabalhando. Então, é o momento que a gente brinca, é o momento que eu faço o jantar deles, até mais ou menos umas oito, oito e meia, que é quando a gente vai para o quartinho deles para dormir. Eles dormem por volta desse horário e depois desse horário é que eu consigo fazer alguma coisa voltada para mim, quando dá, porque eu fico tão cansada. Às vezes eu só me deito e durmo” (JÚLIA)

Corroborando com o estudo de Marques *et al.* (2020), a partir desse hábito de acordar cedo e das exigências diárias que as mulheres narraram, nota-se como a tentativa de conciliar as diversas demandas que emergem na vida cotidiana das participantes é um dilema que aflige grande parte das mulheres. Ainda, essa situação acaba resultando no que Carneiro (2021) e Ibarra *et al.* (2023) alertam em suas pesquisas sobre o panorama das vivências de algumas mulheres: o cansaço extremo diante de suas rotinas. Como contam as entrevistadas deste estudo, a exaustão e o pouco tempo para descansar foi aspecto contundente em seus cotidianos.

“Meu dia é tão corrido que, ultimamente, eu nem ando tendo vida, às vezes eu me sinto tão cansada, que eu só quero estar em casa mesmo. O melhor que eu acho é estar em casa sem fazer nada, é a melhor coisa para mim, mas é muito difícil eu conseguir ter tempo para descansar” (JOSEFA).

“Durante a semana, eu fico muito assim... cansada, exausta, é muita coisa para eu dar conta. Tem horas que eu só queria ficar quietinha no meu espaço sem pensar e fazer absolutamente nada” (LAURA).

“Tem hora que me falta paciência. O cansaço do meu dia é tão grande. As coisas que eu faço durante o dia são muito cansativas, é muito puxado, sabe? Tem momentos que eu tenho vontade de sair correndo de tudo isso” (RAIMUNDA).

Os discursos de algumas das entrevistadas denotaram como o trabalho doméstico não é reconhecido – e acabou sendo atrelado à função de cuidado atribuída, historicamente, às mulheres, e tem causado condição de cansaço extremo (por esforços diários e pouca condição financeira) –, e se relacionou, diretamente, com a realização de poucas atividades de lazer pelas participantes, como evidenciado a seguir:

“Sinceramente, ando tão cansada que lazer ultimamente eu não ando tendo. O meu lazer é quando estou em casa tranquila. O meu lazer é não ter que fazer nada em casa, é o melhor para mim” (HELENA).

“[...] não tenho lazer porque hoje eu não me encontro nas condições financeiras boas, então não tenho como sair de casa, porque ou eu supro as necessidades de casa ou eu supro o meu lazer, então eu tenho que fazer pela casa, então eu não tenho lazer” (ISADORA).

“Meu dia a dia é trabalho e casa. Eu venho trabalhar, aí quando eu chego à noite umas oito, sete horas aí [...] eu: ah, estou tão cansada, que não consigo nem dar uma voltinha com a minha família para ter um lazer” (JÚLIA).

Segundo Lima e Cardoso (2019), identifica-se como lazer, um conjunto de atividades realizadas no tempo livre, que se relaciona com descanso e recreação, e, portanto, proporciona qualidade de vida ao indivíduo. Além disso, algumas práticas de lazer podem servir como estratégias para estabelecimento do convívio social (Marcino *et al.*, 2022). Como discorre Dumazedier (1994), o principal objetivo das atividades de lazer é fazer com que o sujeito se desligue, temporariamente, de suas obrigações. Outrossim, conforme Martins (2019), a tentativa é que as pessoas se libertem, temporariamente, de sua rotina – obrigações.

Ademais, como discorre Cuenca (2016, p. 10), “o ócio é um ideal e não apenas uma ideia, é forma de ser, uma condição humana que é desejada, mas pouco alcançada”. Todavia, a realidade sem o ócio, com poucas atividades de diversão e necessidade de maior tempo de descanso das entrevistadas, alerta como essas mulheres continuam sendo vítimas de uma sociedade desigual (Marques *et al.*, 2020). Embora haja esse cenário, foi possível observar, nas narrativas de outras participantes, que algumas conseguiam, apesar de diversos entraves, realizar alguma prática de lazer, priorizavam executar ações, principalmente, com os filhos pequenos.

“Tem vez que eu e a minha família vamos ali na pracinha comer um churrasquinho [...] fico ali passeando com ela. De vez em quando nós vamos à praia, vamos à casa da irmã do meu marido, [...] e essas coisa que eu faço para agradar a criança” (JOANA).

“Eu ainda estou sem lazer (risos). Estou sem lazer para mim, e assim, eu saio pouco. Saio com a bichinha (filha), não sei se é porque ela está numa fase assim, naquela

fase que se ela quer isso aqui, e não pode, nossa senhora... ela faz um escândalo. Aí eu acabo saindo com ela por conta disso, entendeu? Então o lazer é mais dela” (FRANCISCA).

“A gente sai para praça com eles (filhos), vamos para o *shopping*, vamos para o parquinho com eles, e, de vez em quando, à praia. É assim. A gente viaja também quando tem datas de evento, um feriado aí a gente vai, é assim” (MÔNICA).

Ainda que exista esse panorama discutido anteriormente, verifica-se, nas falas das mulheres deste estudo, como a maioria percebe a importância do lazer para seu cotidiano e como sentem falta da possibilidade de realizações dessa atividade.

“Atividade de lazer eu não tenho. (Você sente falta de realizar atividades de lazer?) Sinto, e muito! Eu gostava de ir para o jogo de futebol, eu saía com meus filhos, eu ia para o *shopping* passear. E percebia como era necessário aquilo ali para a gente” (ANTÔNIA)

“No momento, meu tempo não deixa eu ter lazer, mas sempre eu gostei de sair com a família para a gente desestressar um pouco, e isso faz uma diferença para a gente. É muito ruim você ter vontade de fazer uma coisa e não poder, sabe? Isso é o que eu sinto. Quando você me pergunta sobre diversão, eu lembro muito de como era antes, sinto falta, mas agora eu não posso mesmo me dar esse luxo” (ROSA)

“Eu não tenho tido práticas de lazer para me manter mais saudável, tipo assim me divertir mais, sair mais, porque a falta da rede de apoio é uma situação que deixa tudo muito difícil. Eu deveria ter mais tempo com o marido para poder sair, sei lá, para um jantar... a gente não tem essa rotina, de ir para um momento a sós, para passear, para comprar uma roupa” (JULIA)

O discurso de *Júlia* introduz uma temática que se revelou como fator recorrente nas vivências diárias das entrevistadas: a relevância do suporte social e afetivo. Nesse sentido, nas linhas a seguir será iniciada a articulação entre a literatura científica e as narrativas das mulheres desta pesquisa acerca da pertinência das redes de apoio nos cenários das participantes.

7.3.2.2 “Ter alguém para contar nas horas de ‘perrengue’ é muito importante”: redes de apoio social e afetivo de mulheres em cenários vulneráveis

*Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania de ter fé na vida...*

(**Maria, Maria – Milton Nascimento e Fernando Brant**)

De acordo com Sluzki (1997), entende-se por rede social um conjunto de relações significativas que os sujeitos estabelecem entre si. Assim, relaciona-se às pessoas que o indivíduo percebe como “diferentes do universo relacional no qual está inserido” (p. 42). Por isso, essas redes são reconhecidas como aspectos potenciais para oferta de apoio e refúgio aos indivíduos, tal como recursos essenciais aos seres humanos, pois envolvem a estrutura dos relacionamentos sociais (Nóbrega *et al.*, 2018).

Renaud e Cherba (2023) descrevem como o apoio social e afetivo disponibilizam recursos que podem atender às necessidades cotidianas dos sujeitos. Segundo os autores, esses apoios são fatores que auxiliam o indivíduo a se sentir valorizado, cuidado e integrante de uma comunidade. Assim, a presença de uma rede de apoio social e afetiva pode minimizar a realidade estressora de situações difíceis (Cohen; Wills, 1985). Partindo desses pressupostos, perguntou-se às participantes do estudo sobre rede de apoio social e afetiva, verificando, em seus discursos, como elas percebiam a relevância desses sistemas de suporte, principalmente nos momentos ligados às vivências de algum de tipo de crise, como a pandemia de COVID-19, conforme os excertos:

“Ter alguém para contar nas horas de ‘perrengue’ é muito importante, principalmente durante aquela COVID. Porque, por exemplo, voltando atrás... está com onze mês que eu precisei fazer uma cirurgia, aí eu precisava muito de alguém comigo, aí tive a minha irmã. Eu tive ajuda das minhas enteadas também, peguei e deixei ela (filha) com as irmãs dela. Passei vinte e seis dia internada e ela ficou com elas lá. Ficou de boa. Teve meu esposo também, ele ia ficar comigo no hospital” (JOAQUINA).

“Tive muito o apoio da minha mãe, assim... até a questão mental mesmo, de conversar, foi muito importante. Sei que consegui passar por tudo por conta do apoio dela. Ela é toda religiosa, aí ajudou mesmo” (ESTER).

As falas das participantes se correlacionam com os estudos de Yazawa *et al.* (2023) e Brito *et al.* (2022), que descreveram como durante a pandemia as redes sociais de apoio foram recursos protetivos para as famílias nos diversos cenários, sobretudo naqueles que existiam algum tipo de vulnerabilidade. Durante os períodos de crise, as famílias são, muitas vezes, expostas a situações que as obrigam a constituir novas estratégias para conseguir lidar com as mudanças ocorridas, sendo, conseqüentemente, o suporte social essencial para essas realidades (Silva, 2020).

Segundo Tavares *et al.* (2022), evidencia-se como as redes de apoio auxiliam a população em suas atividades cotidianas, no cuidado em saúde e nas necessidades biopsicossociais. Dessa maneira, ressalta-se que essas redes podem oferecer ajuda material,

afetiva, informativa ou de interação social. À vista disso, aquelas entrevistadas que não possuíam esses sistemas de suporte, ou vivenciavam algum tipo de fragilização dessas redes, narraram sobre as dificuldades experienciadas por elas, demarcando, sobretudo, as adversidades na organização da rotina com os filhos pequenos.

“Não tenho ninguém que eu possa contar aqui, aí para sair, tenho que levar ela (filha). E é assim, só consigo fazer minhas coisas se eu levar ela comigo, e é difícil, porque tem momentos que eu preciso deixar ela (filha) com alguém, mas não tem. É muito difícil, tem sido muito difícil, pelo cuidado da criança e pela falta do apoio” (RAIMUNDA)

“É bizarro, sem um apoio, assim, é complicado. Eu não tinha apoio de ninguém, e é muito difícil você precisar pedir ajuda e não ter ninguém para te ouvir. Acabava que tinha momentos que eu precisava desabafar, mas como não tinha ninguém, eu ficava na minha calada, guardava só para mim. Muitas das vezes eu guardo as coisas para mim, eu não falo muito para as pessoas, entendeu? Até para me ajudar com os filhos, sem ninguém comigo, é bem ruim” (HELENA)

“Quando você está grávida, de uma certa forma você precisa de ajuda. Essa ajuda eu não tive, então foi bem difícil. Esse foi o caos e ainda se desenrola hoje. A gente não tinha rede de apoio antes da pandemia, porque eu não tenho mãe, a mãe do meu marido mora em outra cidade, Eusébio, e minha irmã tem uma vida muito atribulada de muitos afazeres, dois empregos, então eu já sabia que não poderia contar. Durante e depois da pandemia tudo foi piorando, os meninos estão crescendo, e eu acabei precisando colocar eles na creche bem antes do tempo que eu queria” (JÚLIA)

Essas narrativas abrem caminho para as discussões acerca do ambiente facilitador. Conforme Winnicott (1956), é importante que haja um ambiente que disponha de acolhimento e proteção à mulher, durante e após a gestação, é fator importante para que ocorra a possibilidade da constituição da preocupação materna primária, aspecto que será discutido na próxima categoria. Assim, é significativo apresentar que quando Winnicott (1956) discorre sobre esse ambiente, o autor descreve, inclusive, o ambiente social imediato (pai do bebê, família, serviços de saúde) como essencial.

Nesse sentido, pode-se recorrer aos escritos de Pizzinato *et al.* (2018) sobre as caracterizações dos sistemas de rede de apoio. Segundo os autores, a rede de apoio pode ser diferenciada em sistemas informais e formais. O denominado informal, é constituído pela família, amigos, vizinhos e instituições da sociedade civil (ONGs, instituições religiosas,

associações e clubes) que desempenham algum apoio social. Já o formal, compreende-se como instituições e serviços públicos que ofertam atendimento, cuidado e suporte aos indivíduos. Dessa maneira, a partir das falas das participantes, observou-se que as redes de apoio informais das mulheres eram constituídas, essencialmente, pela família (pais, companheiro e irmãos), amigos e instituições religiosas, como descrito abaixo:

“Quem está sempre me dando apoio é minha mãe, meu pai, meu esposo, esse meu amigo aqui (que estava no domicílio durante a realização da entrevista), que eu falei que surgiu, aí tá me ajudando para caramba, então só esses aí mesmo, não tenho muito não, mas esses têm qualidade” (CECÍLIA)

“Meus pais, o meu esposo... são eles que me ajudam. Ele é um esposo de não conversar muito, mas mesmo assim, às vezes, só a presença dele já melhora a situação” (JOANA)

“A pastora lá da igreja sempre que eu precisava ela estava pronta para me ajudar, é alguém que me apoia bastante em muitas coisas. Na questão financeira também tem. Eu tenho um irmão que sempre que eu preciso ele está sempre pronto para me ajudar”. (FRANCISCA)

Esse resultado se liga ao encontrado por Silva (2020) e Dessen e Polonia (2007), que constataram que, dentre os principais recursos relatados por mulheres para convivência em contextos de vulnerabilidade, o aumento no recebimento de apoio por parte do suporte informal, foram identificados por elas como os mais importantes. Apesar de Silva (2020) ter identificado, em estudo com mães de Fortaleza, Ceará, uma redução abrupta da rede informal de apoio, durante o período do distanciamento físico, no cenário atual, de retorno às atividades habituais, não foi narrado pelas participantes essa realidade.

Já em relação ao suporte formal, apesar dos impasses já elencados anteriormente nesta tese, ligadas ao pouco acesso à rede de saúde especializada e ao desconhecimento acerca dos dispositivos de saúde mental, as entrevistadas expuseram a existência de alguns serviços públicos (como CRAS, Creches e Postos de Saúde) que ofertaram algum tipo de suporte a elas.

“Tem um posto de saúde aqui na esquina, sempre que vou lá consigo ser atendida. Não tenho plano de saúde, se não fosse o postinho, eu estava ‘lascada’. Agora, por exemplo, a creche para ela (filha) eu consegui por sorte, porque tem uma fila enorme de espera. E o NUTEP eu estou esperando, como te disse” (LAURA)

“Tem escola perto, inclusive na Avenida Aloisio Montenegro tem um posto daqui da área e a creche é só dois quarteirões. O pessoal do CRAS também vem aqui em casa. Quando estou precisando de algo, como uma vez precisei de uma cesta básica, eles me ajudaram muito. Com o Auxílio Brasil também” (ISIS)

Desde que eu me mudei para cá, eu atualizei o meu cadastro mesmo e o deles (filhos), aí eu tenho a consulta no posto, não é mensalmente, acho que é de três em três meses, se eu não me engano, com a doutora F.. aqui no posto Pereira de Almeida, e é bem bom” (MARIA)

Neste aspecto, esses achados corroboram com o estudo de Brandão *et al.* (2023), que percebeu que os serviços de saúde, educação e assistência social foram essenciais para auxiliar algumas famílias no retorno às atividades presenciais e ao pós-pandemia. Para mais, como já discorrido por Paiva (2013), esses serviços apresentam dinamicidade ao longo do tempo e podem favorecer o desenvolvimento psicossocial dos sujeitos.

Além disso, a partir dos discursos, percebe-se a relevância das políticas públicas para a consolidação dos direitos sociais dessas mulheres adquiridos através da Constituição Federal de 1988. Logo, neste estudo corrobora-se com as discussões de Dorsa (2021), que demonstra como as políticas públicas podem impulsionar e promover a inclusão social e a emancipação da população, principalmente daquela parcela mais vulnerável. Portanto, na busca de efetivação dos direitos, estratégias como as Políticas de Educação, Saúde e Assistência Social; são possibilidades de intervenção na prevenção, promoção e bem-estar individual e social (Brasil, 2004).

Em vista disso, quando há a concretização dessas políticas, existe a possibilidade de melhorias no contexto biopsicossocial das mulheres. Além disso, a presença de uma rede de apoio serve como suporte instrumental e emocional à mãe, realidade que será discutida na última categoria deste estudo: a constituição da maternagem e do vínculo entre mãe-bebê.

7.3.3 Constituição da maternagem e do vínculo entre o binômio mãe-bebê

7.3.3.1 “Olhava para meu filho e prometia para ele que eu iria cuidar dele e fazer de tudo para dar o melhor de mim”: percepções maternas sobre a gestação e os cuidados com os filhos nascidos no distanciamento físico

*As histórias importam.
Muitas histórias importam.
As histórias foram usadas para espoliar e caluniar,
mas também podem ser usadas para empoderar e humanizar.
Elas podem despedaçar a dignidade de um povo,
mas também podem reparar essa dignidade despedaçada.*

(O Perigo de Uma História Única – Chimamanda Ngozi Adichie)

A maternagem tem sido, tradicionalmente, entendida como um fenômeno natural do processo vital da mulher, uma lógica de instinto pré-programado, que se inicia na infância e resulta em felicidade entre o binômio mãe-bebê. Contudo, a partir do momento em que se imerge no campo da linguagem, compreende-se que não há um processo natural. Dessa maneira, percebe-se que não existe um padrão para essa vivência, visto que ocorre de maneira única para cada indivíduo (Zanatta *et al.*, 2017; Raphael-Leff, 1997; Smith, 1999).

De acordo com Corrêa (2022), a maternagem é um processo que é constituído a partir da lógica do desejo. Conforme a autora, inicia-se antes mesmo da concepção de uma criança, relaciona-se com aspectos inconscientes e liga-se às primeiras relações e identificações da mulher, passando pela infância, adolescência, desejo de ter um filho e a própria gestação. Vincula-se, também, a questões transgeracionais e culturais dentro de um contexto familiar e social (Bello; Marra, 2020).

Nesse contexto, autores (Brasil; Costa, 2018; Zanatta *et al.*, 2017; Piccinini *et al.*, 2008) discutem que a gestação seria, então, um momento de preparação à maternagem. Sendo assim, a gravidez, que é um período de intensas mudanças físicas, psíquicas e sociais que pode reavivar lembranças e experiências na mulher, torna-se um marco significativo no processo de constituição da maternagem. A partir dessa lógica, indagou-se às entrevistadas deste estudo acerca dos processos em torno das vivências de suas gestações

“Minha gestação foi fruto de um namoro, aí então, não era uma coisa segura. Não queria uma criança, e minha família não aceitava eu ter outro filho. Precisei até sair de casa. Tudo piorou com aquela loucura que estava a nossa vida, por conta do COVID, mas eu botei na minha cabeça que se eu criei um, criei dois, eu vou criar os três, aí foi um dia de cada vez” (LAURA)

“A gestação foi desejada, mas planejada não. Porque eu não engravidava, entendeu? Já tinha tentado algumas vezes, mas não dava certo. Aí então, foi uma surpresa boa, entende? Ao mesmo tempo assustador, porque depois veio o *lockdown* e eu não sabia se ia conseguir cuidar daquele bebê. Então, surgiu a questão, surgiu como eu

vou fazer, o que vai ser daqui para frente, o que vai acontecer, mas está aqui”
(CECÍLIA)

“Não tinha sido uma gravidez planejada, eu não aceitava, eu estava muito assustada com tudo aquilo e a minha médica conversava muito comigo nas consultas no postinho, e ela dizia: Dona Josefa seu filho sente tudo que a senhora está passando, ele sente. Ela me orientou bastante. Aí foi quando as coisas começaram um pouco a fluir para mim, com as orientações dela, eu comecei a aceitar mais, aí comecei a dar mais carinho a ele, entendeu? Ali por volta dos quatro meses. Eu acho que ali eu comecei a ser mãe” (JOSEFA)

As respostas das participantes demonstraram, inicialmente, aspectos entrelaçados com as implicações do desejo e do planejamento em torno da gravidez. Percebeu-se que diversas mulheres deste estudo tiveram gestações não planejadas, que geraram, inclusive, diversas repercussões em suas vidas. Verificou-se, ainda, como a gravidez não planejada associada ao contexto de pandemia ocasionou, em algumas mulheres, várias vivências negativas, como o sentimento de insegurança/incapacidade no/de cuidar de uma criança. Esse achado corrobora com o estudo de Costa, Oliveira e Alves (2021), que ilustrou como a gestação não planejada é um indicador de saúde pública e que ligada à COVID-19 acarretou uma série de impactos desfavoráveis na vida de diversas mulheres.

Apesar desse cenário, a fala da entrevistada *Josefa* explicitou a relevância da realização do acompanhamento profissional durante a gravidez. Foi possível identificar como as orientações e explicações da médica influenciaram positivamente o processo de constituição da maternagem, como apresentado no trecho “*Eu acho que ali eu comecei a ser mãe*”. No entanto, nenhuma outra mulher trouxe, em seu discurso, aspectos sobre outras experiências positivas com profissionais durante a gestação e da percepção da relevância do apoio desses. Essa constatação confirma os resultados alcançados por Marques *et al.* (2021), que verificaram como orientações no período de pré-natal, parto e pós-parto são essenciais para a saúde materno-infantil, apesar que poucos profissionais virem atuando de maneira coerente com as ideais do SUS.

Ademais, a narrativa de uma das mulheres despertou atenção ao expressar a imposição social de incorporação pelo desejo da gestação, como exposto:

“[...] eu não queria a minha gestação, eu não desejava aquele bebê [...] eu lembro que eu sangrava muito nos primeiros meses. E eu ficava feliz com aquele sangue, eu queria que fosse [um aborto], não vou mentir para ti [...] mas minha mãe dizia: é seu filho, você tem que amar ele” (JOAQUINA).

O discurso da entrevistada relembra a posição de Rousseau (1979) em sua publicação *Émile*, em que, a partir de críticas às mães que enviavam seus filhos às amas-de-leite, “ele condena as mulheres a serem mães, boas mães que devem demonstrar o amor materno, pois a vocação materna é natural, instintiva e obrigatória”, informa Badinter (1985, p. 26). Nesse sentido, coloca-se a mulher, por ser quem gera, biologicamente, os filhos, o papel de desenvolver um amor inato pelas crianças (Vieira; Ávila, 2018). Entretanto, percebemos, na narrativa da participante desta pesquisa, como a lógica da determinação do amor ideal ao filho pode ser aspecto adoecedor na vida da mulher.

Portanto,

Não é por acaso que ser mãe na modernidade suscita sentimento de culpa e frustração e conflitos de identidade, afinal as mães estão habituadas a uma cultura que proíbe a discussão plena da ambivalência materna, da coexistência de sentimentos ambivalentes. O natural passa a ser sacrifício e o amor irrestrito. (Azevedo; Arrais, 2006, p. 24).

Contrapondo essas primeiras falas, outras participantes, quando lembraram de sua gestação, expressaram que houve o sentimento de tranquilidade e de paz durante o processo, mesmo diante do cenário de pandemia, como apresentado abaixo:

“A pessoa grávida precisa estar, como é que eu quero dizer... tranquila. Porque fica um período sensível e, por isso, tem que estar ali em paz, e não com estresse. Eu realmente tentei ficar muito tranquila, e eu acho que fiquei, com a ajuda da minha mãe. As pessoas me perguntavam se eu tinha medo de como ia ser cuidar do meu filho, mas nunca tive” (ESTER).

“A minha cabeça estava bem, e de boa mesmo, e não tinha porque, assim, eu não ficar em paz, talvez só a pandemia. Mas eu falava com o meu pai, falava com a minha mãe, falava com o meu rapaz, que eu tenho um rapazinho mais velho, falava com todo mundo, estava todo mundo bem, então acho isso ajudou a eu ter uma gravidez calma, sem problemas nenhum” (ANTÔNIA).

“Eu acho que as emoções da mãe, o que a mãe passa no dia a dia da gestação, reflete muito no que poderia vir, sei lá, a personalidade de uma criança e o desenvolvimento dela extra-útero, sabe? Então, eu acredito muito em energias e eu sou espírita, então os processos de como eles (filhos) chegaram até a mim, nos momentos de oração eu só buscava ter uma gestação tranquila, e até dava certo, mesmo com a realidade que eu falei, da pouca ajuda, eu acho que minha gestação foi tranquila” (JÚLIA).

Diante das narrativas das participantes, identificou-se como a sensação de tranquilidade estava ligada, principalmente, ao conhecimento que as mulheres tinham sobre a gestação e ao suporte social recebido por elas de suas redes de apoio. Leite *et al.* (2014) e Maffei *et al.* (2022) já discutiam, anteriormente, que as vivências em torno da gravidez são

perpassadas por diversos fatores, desde daqueles de ordem intrapsíquica da mulher e as percepções sobre o bebê, até o contextual, como o suporte conjugal e familiar. Logo, observa-se que quando há equilíbrio entre esses aspectos, “a gestante tenderá a se sentir mais tranquila em relação ao exercício da maternagem”, expõem Piccinini *et al.* (2008, p. 70).

Embora existam esses discursos em torno do sentimento de tranquilidade, algumas mulheres citaram o medo que tinham em relação à saúde da criança que carregavam, sobretudo diante do contexto de pandemia por COVID-19.

“Desde o início da gestação você tem aquela coisa de ter receio de seu bebê não ter nenhum problema de saúde. Eu ficava pensando que eu poderia ter intercorrência com ele por causa da COVID, e foi a gestação toda assim” (MARIA)

“Eu orava muito para Deus cuidar da saúde dele (filho). A gente tinha que pedir muita saúde para ele, porque era muita morte que acontecia. Via aquelas grávidas que perdiam os bebês” (ANTÔNIA)

“Quando eu tive COVID, eu chorava com medo da saúde do meu filho. Quando vi o ultrassom dele e vi ele estava bem, eu olhava para meu filho e prometia para ele que eu iria cuidar dele e fazer de tudo para eu dar o melhor de mim” (ISIS)

Conforme Alves *et al.* (2019), essas preocupações durante a gestação podem fazer parte das concepções imaginárias da mulher, quando há, inclusive, o confronto entre o bebê real e o bebê imaginário. Segundo Lebovici (1987), “o bebê imaginário e o bebê real se referem às fantasias, às impressões e aos sentimentos maternos em relação ao filho durante a gestação e após o nascimento. Essas representações maternas são constituídas na gestação e transformadas a partir do nascimento do bebê, do contato com as características reais deste e da relação da mãe com seu filho”. Em estudo realizado por David *et al.* (2008), percebeu-se que, em algumas situações, esse medo durou todo o período gravídico-puerperal. Por essa via, relacionando esses aspectos à teoria winnicottiana, pode-se perceber características da preocupação materna primária nessas mulheres, que demonstraram, em seus discursos, uma sensibilidade extrema em relação ao cuidado com seu filho (Winnicott, 1948).

Essa preocupação foi verificada, ainda, na fala de *Cláudia*, que descreve a realização de uma série de cuidados com a saúde e a gestação para que não houvesse intercorrências com o bebê. Da mesma forma, na narrativa de *Isadora*, que fala sobre as suas tentativas de responder às necessidades do filho.

“Eu tinha tanto medo de perder o meu neném. Eu fazia de tudo para que a minha saúde e a dele estivessem bem. Sempre ia para as consultas com os profissionais. Fazia meu pré-natal direitinho. Tomava todas as medicações que eram receitadas. Cuidava bem da neném também. Eu comprei o aparelhinho de ouvir o coração do neném, e se ela passasse o dia sem mexer, eu já ia lá procurar ouvir para ter certeza de que estava tudo bem” (CLÁUDIA)

“Ele não teve nenhum problema de saúde, graças a Deus! O medo que eu sentia mesmo era só de eu faltar, e que eu tenho ainda hoje, de eu faltar e ele ficar na mão dos outros. Eu sei que só eu consigo entender o que ele está precisando. Eu tento responder às necessidades que vejo que o meu filho tem” (ISADORA)

Como discute Winnicott (1948), a preocupação materna primária é um estado psicológico em que a mãe se adapta às necessidades do filho pela empatia que sente em relação à condição fragilizada do bebê, desenvolvendo uma sensibilidade extrema para cuidar de seu filho. Assim, o autor (1982) acreditava que, pelos aspectos maturacionais, a criança irá se desenvolver, no entanto, a qualidade desse desenvolvimento está totalmente ligada ao ambiente que é ofertado a ela.

Por parte das entrevistadas, percebe-se como há a tentativa de manter um ambiente favorável ao bebê. Nesse sentido, partindo das falas das participantes deste estudo, observou-se um interesse insistente das mães em manter proximidade com o bebê, permitindo o início de entrelaçamentos em torno do vínculo afetivo entre o binômio mãe-bebê. Logo, a seguir, discute-se sobre o estabelecimento e a manutenção desse vínculo.

7.3.3.2 “É um amor que a gente sabe que vai ter que cuidar, zelar, até os últimos dias da gente, não tenho palavras para descrever”: estabelecimento e manutenção do vínculo mãe-bebê

Winnicott (1983) demonstra, em sua obra, a relevância do ambiente favorável para o desenvolvimento com qualidade de uma criança. Segundo o autor, esse ambiente precisa ser formado por alguém que se preocupe com os cuidados do bebê, que tenha uma identificação genuína com esse ser e lhe dê os recursos para que ele construa, gradualmente, um ambiente pessoal. De acordo com Esteves *et al.* (2011), esse ambiente se inicia ainda na gestação e segue até após o nascimento. Os autores discutem que a constituição desse ambiente favorável se relaciona, principalmente, com o vínculo existente entre mãe-bebê.

Nessa ótica, Bowlby (1969) e Winnicott (1965) descrevem que esse vínculo entre mãe e bebê é construído à medida que há uma identificação da mãe com o filho e do filho com a mãe, ou seja, ao passo que existe interesse particular e constante entre mãe-bebê. Logo, para analisar os aspectos em torno dos possíveis estabelecimentos de vínculo entre mãe-bebê, buscou-se, inicialmente, ouvir das participantes as lembranças que elas tinham acerca das trocas com seu bebê no decurso da gestação, conforme abaixo:

“Eu conversava muito com minha filha na barriga, toda hora. Ave Maria, ela é minha vida. E eu acho que até por conta disso, que eu conversava com ela, que quando ela começava a mexer, eu acho que supria mais aquele sentimento de tristeza que eu sentia, porque eu sabia que ela estava ali” (ELIANA)

“Eu conversava muito com eles na barriga, porque eu sempre acreditei nesse processo de vínculo de mãe e bebê, eu gostava de conversar muito com eles. No final do dia, quando eu ia dormir, era o momento que eles mais mexiam, então eu gostava muito de conversar com eles. O pai conversava muito com eles também, sabe? Então, o vínculo da gente foi se construindo desde a barriga” (JÚLIA)

“Eu amava conversar com ela, porque ela foi muito desejada, eu amava interagir com ela. Eu não sabia o que era o bebê, aí eu dizia assim: eu não sei o que é você, se você é princesa, se você é príncipe, então eu vou dar o nome de ‘Você’. Aí eu disse: o seu nome vai ser Amanda (nome alterado pelo pesquisador) e o seu nome vai ser Bernardo (nome alterado pelo pesquisador), só que depois eu mudei de nome, e agora é Maria (nome alterado pelo pesquisador), mas o Bernardo (nome alterado pelo pesquisador) continuou, mas aí Deus me abençoou foi com a Maria (nome alterado pelo pesquisador)” (FRANCISCA)

Nos relatos dessas entrevistadas, foi possível identificar como elas buscavam manter um constante contato com seus bebês, utilizando-se, principalmente, de conversas com o feto. Percebeu-se como essa prática conseguiu, inclusive, amenizar os sentimentos negativos que as mulheres narraram estar sentindo à época. Segundo Piccinini *et al.* (2004, p. 08):

As conversas parecem servir tanto para que a mãe possa incluir, desde já, o bebê no seu dia a dia, informando-o sobre sua rotina, sobre novidades, como também para dividir com ele sentimentos mais íntimos, muitas vezes, ligados à maternidade. Elas podem explicar e justificar situações passadas ou futuras, podendo fazer da relação algo mais verdadeiro, real e sincero.

Ademais, falas como as de *Júlia* e *Francisca* expressaram, também, como o desejo pela gestação e a interação com o bebê eram atividades essenciais para a constituição do

vínculo entre mãe-filho. Seus discursos anunciam pontos da relação mãe-filho e do vínculo, condizendo com o que afirmam Piccinini *et al.* (2012), que o vínculo mãe-bebê pode se iniciar a partir do desejo e se fortalecer no período pré-natal através de diversas ações.

Entretanto, no contexto deste estudo, verificou-se que nem todas as participantes tinham o hábito de conversar com o bebê durante a gestação. Ainda assim, evidenciou-se que elas desenvolveram outras formas de se relacionar com o feto, realizando atividades que elas percebiam como importante para a gestação, como, por exemplo, passar a mão na barriga e escutar músicas, como descrito por *Maria e Antônia*:

“Eu não conversava com meu filho, mas escutava muita música e louvor. Não sei explicar, mas eu sentia que aquilo dali fazia bem para meu bebê, era como se me ligasse mais a ele. Passei a gravidez toda ouvindo música e louvor” (MARIA)

“Eu me lembro que eu passava muito a mão na minha barriga e ficava cantando. Acho que foi importante, porque eu até hoje, às vezes, digo: Amor [esposo] será que é por isso que ele não é muito apegado a mim? Porque eu brincava com ele, pegava na barriga?” (ANTÔNIA)

Nesse cenário, apenas uma das participantes não relatou qualquer prática que estivesse ligada à relação de vínculo mãe-filho, como no excerto a seguir:

“Para ser bem sincera, quando eu estava grávida, eu não conversava com ela não, nem lembrava que estava grávida. Eu realmente nem queria saber dela. Acho que não gostava dela. Durante toda a gestação foi assim... Eu acho que só mudou quando ela nasceu e eu a vi pela primeira vez. [...] quando ela chorou e me olhou [...] Ali eu senti um amor que eu não sentia por ela antes, aí ela foi para incubadora, porque já estava passando do tempo de nascer. Eu fiquei bastante preocupada e percebi ali o nascimento de um vínculo entre nós duas” (ROSA)

Embora *Rosa* tenha relatado, inicialmente, não *querer saber da filha e não gostar dela*, observou-se que há uma mudança sobre esse aspecto quando ela narra as experiências iniciais do nascimento do bebê. Observa-se que a participante ao se ver diante da possibilidade de perder a filha, preocupação gerada pelo fato de a criança ir para a incubadora, desvelou-se, para *Rosa*, o sentimento de amor pela filha, descrevendo, inclusive, o surgimento do vínculo a partir dali. Essa realidade corrobora com os escritos de Bowlby (1969) e fortalece a lógica das diversas formas de identificação entre a mãe e o filho. Além disso, a fala

dessa participante a respeito do sentimento emergido ao ver a filha pela primeira vez, em conjunto com uma série de comportamentos de apego vindos por parte da criança, como a *troca de olhares*, entrelaça-se com a de outras entrevistadas, conforme abaixo:

“Quando vi ela pela primeira vez, percebi que é um amor que a gente sabe que vai ter que cuidar, zelar, até os últimos dias da gente, não tenho palavras para descrever”
(JOSEFA)

“É um amor que eu acho que eu nunca senti na minha vida, é o maior amor do mundo. É algo assim inexplicável. Realmente, dizem que você não conhece o amor até ter um filho, e é verdade. Repito: você não conhece o amor até você ter um filho”
(LAURA)

“É um misto de emoções, mas com certeza, em primeiro lugar é um amor, é um amor sem fim, que acho que você nunca teve acesso antes a esse amor. Eu pensava: aquela coisa assim é minha, meu Deus, são meus filhos. Você só quer estar junto, só quer estar agarrada, abraçando. É muito bom” (JÚLIA)

Esse achado vai ao encontro dos resultados de Zanatta *et al.* (2017), ao relatarem que o parto pode despertar uma série de emoções na mulher, que, muitas vezes, se relaciona ao investimento despendido dela ao bebê. Ademais, esse momento é sensível e propício para o desenvolvimento do apego, bem como faz com que a mãe se sinta mais segura e continue investindo em seu bebê (Rosa *et al.*, 2010).

Apesar desses discursos, o relato de outra entrevistada, *Cecília*, evidenciou que não há um padrão nas atitudes de vínculo entre mãe-filho, visto que é um processo que não ocorre de maneira automática. Pelo contrário, é constituído e perpassa as experiências pessoais de cuidado que a figura materna vivenciou em sua infância, enquanto filha, quando ela foi, ou não, cuidada e acolhida (Winnicott, 1985). Ainda que algumas mulheres tenham relatos parecidos sobre as experiências em torno do contato inicial com o filho, percebeu-se que, conforme a fala a seguir, a constituição do vínculo perpassa, ainda, fatores subjetivos e relacionais da mãe com o bebê.

“Quando eu vi ele pela primeira vez eu achei estranho, porque todo mundo fala que é aquele amor, e eu não sentia nada. Eu olhava para ele assim, e pensava: que estranho (risos). É uma sensação muito estranha. O pessoal fala que o amor é a partir do momento que nasce, o meu não, eu fui desenvolvendo. Não achei do jeito que o povo fala não, com o tempo eu fui desenvolvendo, aí hoje, Ave Maria, aí sim é um

amor. Amo demais [...] É um amor incondicional. Eu não sei explicar. É uma coisa meio difícil de explicar. É um amor que você nunca sentiu, entendeu?” (CECÍLIA)

O revelado na narrativa de *Cecília* corrobora com o estudo de Ued *et al.* (2019), que demonstra que para algumas pessoas, o vínculo mãe-filho, devido às características do processo de gestação, da estrutura psíquica da mulher e das experiências anteriores, ocorre de maneira específica para cada indivíduo. Portanto, é importante compreender e respeitar que a maternagem e o vínculo são vivenciados de forma complexa e singular por cada mulher (Lanzetta; Bittencourt, 2016).

Ademais, em relação à manutenção do vínculo mãe-filho, segundo as falas das participantes, o que tem favorecido esse fenômeno são as trocas afetivas realizadas entre o binômio durante os diversos momentos, como os de cuidado, de amamentação, das brincadeiras e dos períodos em família.

“Eu percebo que esse sentimento que eu sinto pelo filho aumenta muito com algumas coisas. Por exemplo, durante a amamentação é muito incrível a troca de olhares que nós temos, a forma como ele pegar em mim enquanto mama... Quando eu estou distante que ele diz: cadê minha mãe? Cadê minha mãe? Aí fica chorando porque me quer. Quando está brincando e diz: mamãe, vem brincar comigo (choro)” (JOAQUINA)

“Se eu estou dormindo na rede, ele vem para ficar deitado no colchão embaixo de mim, só sabe dormir perto de mim. Quando estou banhando ele, ele diz: mamãe, eu te amo. Essas coisas é que me fazem, todo dia estar viva. Já pensei em morrer, mas quando penso nos meus filhos, lembro que eles são a razão da minha vida (choro)” (RAIMUNDA)

“Hoje ele (filho) é tudo para mim. Todo dia eu olho para ele e sinto algo muito bom, porque cada ‘gestinho’ dele, cada coisa que ele faz, isso me dá uma coisa muito boa (chorando). Quando estamos almoçando, eu, ele e o pai dele; e ele fica olhando para mim, ali parece que uma chama vai reacendendo em mim” (ÍISIS)

Essa realidade se relaciona com o que Bowlby (1969) descreve a respeito da interação entre mãe e bebê, que essa transcorre com poucas adversidades, os participantes manifestam e mantêm intenso prazer na companhia um do outro, principalmente nas expressões de afeição do outro. Portanto, os comportamentos do par auxiliam no estabelecimento e na manutenção da proximidade física entre o bebê e sua figura de cuidado, apresentando-se como aspectos

cruciais para o apego entre os parceiros. Ainda, a presença de alguém que exerça a figura paterna também foi aspecto positivo descrito pelas entrevistadas que se relacionaram com o vínculo entre mãe-filho, conforme excerto:

“Ter o pai dele comigo é muito importante. Ele é um pai muito presente, ele chega muito junto. Eu acho que ter tido a presença dele nos primeiros dias depois do meu parto foi essencial. Quando eu precisava de algo ele estava ali. Eu conseguia ficar mais tranquila com o cuidado do meu bebê sabendo que eu poderia, a qualquer momento, contar com o pai dele” (LAURA)

“Eu acho que a falta do pai deve ser muito difícil. O meu marido é muito companheiro e amigo. Quando estávamos no isolamento, e eu estava grávida, todas as responsabilidades do lar eram dele. Aquilo ajudou muito a ‘curtir’ meu momento com minha bebê, fora que ele (marido) estava do meu lado nas situações que eu precisava de alguém para me dar a mão. Quando minha bebê nasceu não foi diferente” (FRANCISCA)

“Ele é muito companheiro, entendeu? Tanto como marido, como pai. Ele é aquele pai que está presente mesmo, e não é só questão de fazer as coisas da casa, é de se importar com o nosso bebê e comigo” (CLÁUDIA)

Esse pressuposto já havia sido discutido por Winnicott (1957/2022), quando demonstrou que o conforto da mãe e do bebê se relacionam com o vínculo, e que quando há esse favorecimento pelo ambiente, a mãe aufere todas as probabilidades para que o contato com o bebê seja com qualidade. Segundo o psicanalista, a figura paterna abre espaço para qualificar e facilitar esse ambiente desde o nascimento da criança. Por isso, o pai tem papel relevante e disponibiliza um colo à mãe, que proporciona aspecto essencial à preocupação materna primária, e complementaria uma atitude global de cuidado ao bebê, protegendo a díade “de tudo o que possa interferir no vínculo entre ambos, que é a essência e a própria natureza do cuidado materno”, menciona Winnicott (1969/2022, p. 18).

Outrossim, diante do cenário de vulnerabilidade social que algumas participantes vivenciavam, junto com os diversos sofrimentos psíquicos que foram relatados, os aspectos em torno das experiências perante a gestação e as vivências com os pais, indagou-se às mulheres acerca de suas percepções sobre a qualidade do vínculo atual com seus filhos.

“Eu vejo o vínculo com ela muito forte. Sempre que eu tenho tempo, a gente brinca, se diverte. Eu gosto de fazer o que ela gosta de fazer e, assim, ela prefere estar aqui do meu lado, porque eu acho que ela se sente mais segura aqui comigo” (ELIANA)

“Ah, eu não sei nem explicar. Quando eu estou sozinha, que ela está na creche, é um vazio tão grande. Sei lá, porque fico o tempo todo com ela e ela diz: mamãe quero Danone, mamãe eu quero alguma coisa, e vou ali e coloco. Acho que existe um laço tão forte entre a gente... eu amo muito minha família. Até me arrependo da minha gestação ter sido como foi” (JOANA)

“Ela (filha) está numa fase que está muito apegada a mim, entende? Mas percebo que hoje o meu vínculo, eu acho que é de muito amor, viu? Ela é louca por mim e eu sou louca por ela. Não consigo fazer nada sem estar pensando nela. Vejo que ela é muito apegada a mim, muito, muito mesmo” (MÔNICA)

A partir das falas das entrevistadas, verificou-se que elas percebiam o vínculo mãe-filhos como fortes e que, sempre que podiam, buscavam realizar atividades lúdicas com as crianças. Identificou-se, também, que algumas mulheres descreveram sentimentos de arrependimento pela falta de trocas afetivas durante a gestação.

Além disso, conforme os relatos e as observações realizadas durante as visitas para a coleta das entrevistas, foi possível perceber que, quando o entrevistador chegava nos domicílios das participantes, algumas crianças reagiam com medo, demonstrando tal reação se escondendo e/ou abraçando suas mães, e as buscavam para sentirem segurança. Essas ações podem confirmar a presença de um apego entre mãe-bebê, visto que como expõe Bowlby (1969), nos primeiros anos de vida, a figura de apego serve como refúgio para que o bebê explore o desconhecido e encontre segurança em seus momentos de medo.

Por essa via, evidenciou-se, naquelas entrevistas em que o(a) filho(a) estava no momento do contato pesquisador-participante, como, apesar do contexto de diversas privações ocasionadas pela vulnerabilidade social e a pandemia de COVID-19, que a criança buscava na mãe disponibilização de cuidado perante a situação ameaçadora.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS (MAS MOMENTÂNEAS)

*“Vem por aqui” – dizem-me alguns com os olhos doces
 Estendendo-me os braços, e seguros
 De que seria bom que eu os ouvisse
 Quando me dizem: “vem por aqui!”
 Eu olho-os com olhos lassos,
 (Há, nos olhos meus, ironias e cansaços)
 E cruzo os braços,
 E nunca vou por ali...*

[...]

*Não, não vou por aí! Só vou por onde
 Me levam meus próprios passos...
 Se ao que busco saber nenhum de vós responde
 Por que me repetis: “vem por aqui!”?
 Prefiro escorregar nos becos lamacentos,
 Redemoinhar aos ventos,
 Como farrapos, arrastar os pés sangrentos,
 A ir por aí...*

*Se vim ao mundo, foi
 Só para desflorar florestas virgens,
 E desenhar meus próprios pés na areia inexplorada!
 O mais que faço não vale nada.*

*Como, pois, sereis vós
 Que me dareis impulsos, ferramentas e coragem
 Para eu derrubar os meus obstáculos?...
 Corre, nas vossas veias, sangue velho dos avós,
 E vós amais o que é fácil!
 Eu amo o Longe e a Miragem,
 Amo os abismos, as torrentes, os desertos...*

*[...]Ah, que ninguém me dê piedosas intenções,
 Ninguém me peça definições!
 Ninguém me diga: “vem por aqui!”
 A minha vida é um vendaval que se soltou,
 É uma onda que se levantou,
 É um átomo a mais que se animou...
 Não sei por onde vou,
 Não sei para onde vou
 Sei que não vou por aí!*

(Cântico Negro - José Régio)

Não é por acaso que introduzo as considerações finais desta tese, que são momentâneas, com o “Cântico Negro”. Enquanto pensava sobre como finalizar este trabalho, escutava Maria Bethânia recitando José Régio, e lembrava de todo o processo em torno da pós-graduação. Durante a realização de uma pós-graduação *stricto sensu*, seja ela mestrado ou

doutorado, você acaba percebendo que a forma como se constrói o conhecimento é bastante individual e perpassa suas vivências subjetivas. Essa construção é cercada por questionamentos e reflexões que devem ser concebidas pelo aluno. Logo, o professor(a) e/ou orientador(a) são atores-facilitadores que apresentam os caminhos possíveis, dão “*impulsos, ferramentas e coragem*”, e o discente, assim, como escreve Régio, deve “*desflorar florestas virgens, e desenhar seus próprios pés na areia inexplorada*”.

Foi por essa perspectiva que busquei cursar o doutorado e desenvolver este estudo. Diversas possibilidades foram apresentadas pela orientação a mim, contudo, decidi seguir pela temática da saúde mental materna e do vínculo mãe-bebê em contextos de vulnerabilidade social. Esse objeto de pesquisa despertou várias inquietações em todos que estavam ligados a ele (orientadora, coorientadora, grupo de pesquisa) e, a partir dele, lembrei que “*eu amo o longe e a miragem, amo os abismos, as torrentes, os desertos*”.

Portanto, como objetivos da tese, exploramos o estado de saúde mental de mulheres no pós-distanciamento físico realizado durante a pandemia de COVID-19, buscamos identificar os modos de vida dessas mães que tiveram filhos durante o distanciamento físico, e caracterizar as redes de apoio social e afetivo dessas. Além disso, analisamos os processos em torno do vínculo mãe-bebê nesses contextos. A coleta do material empírico serviu como balizadora para a qualidade deste doutoramento, pois, é importante destacar: realizar estudo de campo não é fácil; ir ao domicílio de mulheres que você não conhece, pedir que elas lhe contem sobre sua vida, e ouvir sobre diversos sofrimentos, também não é.

No início deste trabalho descrevemos um pouco sobre o estado da arte do assunto desta pesquisa. A partir de vasta revisão de literatura discorremos acerca da gênese da saúde coletiva no Brasil, relacionando com o movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira. Posteriormente, apresentamos o campo da saúde mental e a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entrelaçado com contexto de pandemia por COVID-19, e o panorama da saúde mental da população materna diante da crise de saúde pública. Ademais, percorremos os escritos de Bolwby e Winnicott sobre apego, ambiente e vínculo, e, em seguida, discutimos as questões relacionadas à vulnerabilidade social no Brasil.

Diante do exposto, com base nas narrativas das 18 participantes, tivemos a possibilidade de conhecer um pouco da realidade de algumas mulheres que tiveram filhos durante o período de distanciamento físico em Fortaleza, Ceará. Todavia, vários foram os percalços para a obtenção desses resultados, como, por exemplo, as diversas recusas e os contatos descontinuados das convidadas, e a localização de acesso difícil de alguns domicílios. Embora essas adversidades, identificamos que o recurso de coleta de dados

empregado pela pesquisa, a técnica da rememoração com uso de imagens, facilitou a construção das falas das entrevistadas.

Em relação aos resultados da tese, evidenciamos, inicialmente, como algumas mulheres participantes deste trabalho suportavam diversas situações de sofrimentos psíquicos em seus contextos, principalmente diante do período da pandemia, mas com reflexos atualmente. As vivências ao redor da gestação e a relação com a saúde mental das entrevistadas também foram aspectos narrados por elas. Também, identificamos que nenhuma das mulheres, apesar dos discursos de sofrimento, realizava acompanhamento com profissionais de saúde mental, embora percebessem a relevância do tratamento. Apesar disso, verificamos que diversas participantes desenvolveram estratégias para conseguir lidar com as experiências adversas, como, por exemplo, buscar apoio religioso e praticar atividades prazerosas.

Para mais, no que concerne aos modos de vida dessas mulheres, observamos que diversas entrevistadas não possuíam trabalho formal remunerado, e que todas realizavam algum tipo de tarefa ligada ao lar. Desse modo, percebemos, no relato de uma participante, a relação entre trabalho doméstico e responsabilidade feminina. Além de tudo, evidenciamos como as entrevistadas tinham o hábito de acordar cedo, e como isso se relacionava com cansaço extremo, pouco tempo para descanso e com a realização de poucas atividades de lazer. Partindo desses achados, constatamos como algumas mulheres tinham fortes redes de apoio social e afetivo (formada, principalmente, por familiares, amigos, instituições religiosas e serviços de saúde), enquanto outras estavam com esse sistema fragilizado.

Quanto ao vínculo mãe-bebê, evidenciamos, na maioria dos relatos das participantes, que as gestações foram não planejadas, e, algumas, inclusive, não desejadas. Identificamos, inicialmente, nas mulheres que não possuíam interesse na gestação, repercussões negativas no processo de estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe-bebê, com discursos de desatenção e apatia ao feto. Entretanto, em outras situações, o período da pandemia de COVID-19, que forçou algumas mulheres ficarem mais tempo em casa, teve repercussões positivas no estabelecimento do vínculo. Houve, entre as mulheres, narrativas de tranquilidade durante a gestação e de comportamentos afetivos positivos com o bebê desde a sua descoberta, com tentativas de manter um constante laço com seus filhos, utilizando-se, especialmente, de conversas com o feto e contato físico com a barriga.

Percebemos que a situação de vulnerabilidade social vivenciada pelas mães estava ligada, em especial, ao trabalho e à renda, privando-as, muitas vezes, de recursos materiais essenciais para o enfrentamento da situação de pandemia. Contudo, apesar desse cenário,

verificou-se que o contexto social não impediu a manutenção do vínculo mãe-bebê, pelo contrário, facilitou, para a maioria das participantes, realizar trocas afetivas com o filho, essencialmente nos períodos de cuidado com o bebê, como na amamentação e nas brincadeiras.

Além disso, o contato constante que a pandemia ocasionou entre o binômio mãe-filho, favoreceu que mesmo aquelas mães que não desejavam a gestação pudessem experienciar momentos com o filho que favoreceram o estabelecimento dos processos vinculativos mãe-bebê. Para algumas mães deste estudo, as experiências iniciais durante o nascimento do bebê foram relevantes para o vínculo do binômio mãe-bebê, já para outras, esse processo ocorreu por meio de trocas diárias com o filho, portanto, verificamos que a constituição do vínculo mãe-bebê é perpassada pelos diversos processos subjetivos.

Outrossim, uma questão que se relacionou com todas as categorias desta tese, foi a fragilidade das políticas públicas voltadas ao campo da saúde mental. Evidenciamos como há um desconhecimento sobre o acesso aos dispositivos da RAPS por parte das mulheres entrevistadas. Observou-se, ainda, mesmo após o encerramento do estado de emergência, como o cuidado em saúde mental continua, em alguns cenários, com acesso deficitário. Para mais, apreendeu-se como há dificuldade de articulação entre Atenção Primária, que realiza o pré-natal das gestantes, e Atenção Especializada à Saúde Mental. Logo, expressa-se aqui a relevância de estudos de seguimento dessa população em diferentes contextos sociais, para avaliar, inclusive, a dimensão que o período pandêmico pode ter provocado nas relações de parentalidade.

Identificamos que este estudo teve limitações, e, uma delas, relaciona-se às dificuldades que algumas mulheres tiveram para narrar sobre alguns assuntos, diante do cenário da pesquisa (seus domicílios com a presença de terceiros no momento da entrevista). Percebeu-se, a título de exemplo, que a temática da violência doméstica, em alguns momentos, estava orbitando o discurso de determinadas participantes, mas não foi abordada por elas.

Nesse contexto, fica aqui o convite para que pesquisadores possam aprofundar estudos acerca da temática da violência doméstica, que embora não estivesse no escopo principal desta pesquisa, é tema que perpassa a vida de diversas mulheres. Ademais, ressalto que este texto é parte de um objeto maior, que acompanha uma população representativa de uma das capitais brasileiras com maior número de habitantes. Espero que o material apreendido e as reflexões deste trabalho, diante de uma perspectiva de um cuidado ético-político, possam ampliar o arcabouço científico do tema central da tese, e servir como pilar, inclusive, para

discussões do Estado no planejamento de Políticas Públicas intersetoriais para o público materno-infantil. Por fim, que a tese possa auxiliar, também, nas discussões da relevância da criação e do fortalecimento de programas que realizem acompanhamento sistemático do período gravídico-puerperal da mulher, como uma linha de cuidado ligada à saúde mental materna, que intervenham precocemente na identificação de fatores ambientais e pessoais que colocam a parentalidade em risco.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para as políticas públicas**. Brasília: UNESCO/BID, 2002.

ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932013000400014>.

ALMEIDA, C. M.; PEGO, R. A. Organização dos serviços de saúde. *In*: **Ibase. Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

ALVARENGA, P. *et al.* Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. **Estudos de Psicologia (Natal)**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 477-484, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2012000300017>.

ALVERGA, A. R. de; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 10, n. 20, p. 299-316, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832006000200003>.

ALVES, F. L. C. *et al.* Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, p. 1-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023>.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, [S.L.], v. 52, n. 6, p. 1090-1107, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130>.

AMORIM, R. G. *et al.* A Perspectiva da Produção de Cuidado pelos Trabalhadores de Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 37, n. 2, p. 273-288, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000332015>.

ANDRADE, C. J.; BACCELLI, M. S.; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. **Vínculo**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017.

ARAGÃO, E. I. S.; CAMPOS, M. R.; PORTUGAL, F. B.; GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; FORTES, S. L. C. L. Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 7, p. 2339-2350, jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.21012016>.

ARAÚJO, T. M. *et al.* Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 10, p. 3235-3246, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.17552017>.

AROUCA, S. R. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ARRUDA, C. A. M. **Qualidade dos serviços e satisfação de usuários**: as experiências no espaço da atenção básica no município de Fortaleza/Ceará. 2009. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2009.

ARRUDA, G. M. M. S. **CONSTRUÇÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**. 2021. 281 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 2423-2446, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.

ÁVILA, M. B.; FERREIRA, V. TRABALHO DOMÉSTICO REMUNERADO: contradições estruturantes e emergentes nas relações sociais no Brasil. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 32, p. 1-13, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32242869>.

ÁVILA, M. B.; FERREIRA, V.; ARANTES, R. **Desenvolvimento, Trabalho e Autonomia Econômica na Perspectiva das Mulheres Brasileiras**. Recife: Sos Corpo, 2015. 343 p.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902004000300003>.

AYRES, J. R. de C. M. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722006000200013>.

BALDISSEROTTO, M. L. *et al.* Os significados da depressão perinatal para mulheres usuárias de uma unidade de saúde da família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8., 2019, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: ABRASCO, 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Casa de Ideias, 2016.

BALTAZAR, D. V.; SILVA, C. S. O que a saúde mental tem a ver com religiosidade? **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.6, n.14, p.75-97, 2014.

BASEGGIO, D. B. *et al.* Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. **Temas Psicol.** Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 153-167, mar. 2017.

BADINTER, E. **Um amor construído**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAUER M. W *et al.* **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2015.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: fatos e mitos. Tradução de Sérgio Milliet. 4. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

BECKER, S. M. S.; PICCININI, C. A. Efeitos dos Centros de Assistência à Criança na Interação Mãe-Filho e Desenvolvimento Infantil. **Psic. Teor. E Pesq.**, Brasília, v. 35, e3532, 2019.

BELLO, L. D.; MARRA, M. M. O fenômeno da transgeracionalidade no ciclo de vida familiar: casal com filhos pequenos. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo , v. 28, n. 2, p. 118-130, ago. 2020 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932020000200003&lng=pt&nrm=iso.

BEUSENBERG, M *et al.* **Um guia do usuário para o Self-Reporting Questionnaire (SRQ)**. Genebra: OMS, 1994.

BLEICHER, T. **A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE QUIXADÁ, CEARÁ (1993-2012): UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA DE SISTEMA LOCAL DE SAÚDE**. 2015. 395 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2015.

BORDIANO, G. *et al.* COVID-19, vulnerabilidade social e saúde mental das populações LGBTQIA+. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 37, n. 3, p. 1-4, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00287220>.

BOSI, E. **Memória e Sociedade – lembranças de velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

BOSI, M. L. M, *et al.* O Campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 7-17, mar. 2011.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000300002>.

BOSI, M. L. M.; ALVES, E. D. Distanciamento social em contextos urbanos na pandemia de Covid-19: desafios para o campo da saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**,

[S.L.], v. 33, p. 1-22, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-7331202333007>.

BOSI, M. L. M; GASTALDO, D. M. **TOPICOS AVANÇADOS EM PESQUISA QUALITATIVA EM SAUDE: FUNDAMENTOS TEORICO-METODOLOGICOS**. Fortaleza: Vozes, 2021.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Ed.). **Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Olho d'agua, 2003. p. 112-143.

BOWLBY, J. **Apego e perda: apego - A natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

BOWLBY, J. **Apego e perda: separação**. São Paulo: Martins Fontes.

BRANDÃO, C. C. *et al.* O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 47, n. 137, p. 58-75, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202313704>.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232004000100021>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2.

BRASIL. Ministério da Assistência e Desenvolvimento Social. **PNAS - Política Nacional de Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-COVID-19. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19** [recurso eletrônico] – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV)**. Bol Epidemiol. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2016**: dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2012.

BRASIL, M. V.; COSTA, A. B. Psicanálise, feminismo e os caminhos para a maternidade: diálogos possíveis?. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 427-446, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000300003&lng=pt&nrm=iso.

BRITO, A. A. C. de *et al.* Vulnerabilidade da pessoa idosa institucionalizada e o apoio social na perspectiva da pandemia de covid-19. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 1-12, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562022025.220051.pt>.

BROOKS, S. K *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8).

CALDART, R. S. Educação do Campo. In: CALDART, R. *et al.* (Orgs.). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012.

CAMILLO, E. J. A qualidade “de dentro” na/da pesquisa qualitativa em Educação do Sul do Brasil. **Educar em Revista**, [S.L.], n. 65, p. 137-148, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.47999>.

CAMPELLO, T. *et al.* Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 3, p. 54-66, nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s305>.

CAMPOS, F. E. *et al.* **Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: Peses/Fiocruz/Finep, 1973.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000200016>.

CANO, W. Crise e industrialização no Brasil entre 1929 e 1954: a reconstrução do estado nacional e a política nacional de desenvolvimento. **Revista de Economia Política**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 444-460, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-31572015v35n03a04>.

- CARDOSO, H. F. *et al.* Indicadores de saúde mental em jovens: fatores de risco e de proteção. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 3, supl. 1, p. 3-25, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000400002&lng=pt&nrm=iso.
- CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 1-14, 26 mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>.
- CARNEIRO, R. Cansaço e violência social: sobre o atual cotidiano materno. **Cadernos Pagu**, [S.L.], n. 63, p. 1-12, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449202100630013>.
- CARVALHO, O. F. de. Os direitos sociais como categoria constitucional. **Direito Público**, [S. l.], v. 14, n. 81, 2019. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2898>.
- CARVALHO, P. I. S.; CARVALHO, C. O. de. Escravidão contemporânea no sudoeste baiano: relações trabalhistas de privação de liberdade à luz da constituição cidadã. **Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas**, [S.L.], p. 174-191, 8 fev. 2021. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Edições UESB. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22481/ccsa.v18i31.7886>.
- CARVALHO, M. G.; GONÇALVES, M. G. Trabalho Doméstico Remunerado e Resistência: interseccionando raça, gênero e classe. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 43, p. 1-16, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003249090>.
- CASTILHO, P. T. Algumas considerações sobre o objeto na psicanálise de Winnicott e Lacan: do objeto transicional ao objeto pequeno. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 37, p. 127-141, jul. 2012.
- CASTRO, M. C *et al.* Cohort profile: maternal and child health and parenting practices during the covid-19 pandemic in Ceará, Brazil. **Bmj Open**, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 824-840, jun. 2022. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060824>.
- CELERI, E. H. R. V. A mãe devotada e o seu bebê. **Revista Brasileira de Psicanálise**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 155-170, 1990. Universidade Estadual de Campinas - Repositorio Institucional. <http://dx.doi.org/10.47749/t/unicamp.1989.45284>.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Vozes, 2006.
- COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, [S.L.], v. 98, n. 2, p. 310-357, set. 1985. American Psychological Association (APA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>.

CORRÊA, A. M. **MATERNIDADE NO CÁRCERE E AS VULNERABILIDADES DOS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS BRASILEIROS**. 2022. 78 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2022.

COSTA, I.I. Sofrimento humano e sofrimento psíquico: da condição humana às “dores psíquicas”. *In*: COSTA, I.I. (org.). **Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014, p.21-67.

COSTA, M. V. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

COSTA, S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, [S.L.], v. 54, n. 4, p. 969-978, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200170>.

COSTA, A. C. M.; OLIVEIRA, B. L. C. A.; ALVES, M. T. S. S. de B. Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian capital in the Northeast. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 461-471, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000200007>.

CUENCA, M. C. O ócio autotélico. **Revista do Centro de Pesquisa e Formação**, v. 2, p. 10-29, 2016.

CYRINO, A. P. DA MEDICINA PREVENTIVA A MEDICINA COMUNITARIA: processo de constituição de campo de ensino extramuros na faculdade de medicina de botucatu - unesp (1969 - 1973). **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 37-42, abr. 1996. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v20.1-006>.

CYRULNIK, B. **Os patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

DALBEM, J. X. *et al.* Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 12-24, jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100003&lng=pt&nrm=iso.

DAVID, M. A. O. *et al.* Depressão em grávidas hipertensas: preocupações maternas durante a gestação. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 2-20, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000100002&lng=pt&nrm=iso.

DELFINI, G. *et al.* Processo de trabalho da equipe de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 55, p. 1-8, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2020044403775>.

DEMENECH, L. M.; DUMITH, S. C.; VIEIRA, M. E. C. D.; NEIVA-SILVA, L. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista**

Brasileira de Epidemiologia, [S.L.], v. 23, p. 1-15, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200095>.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, [S.L.], v. 17, n. 36, p. 21-32, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-863x2007000100003>.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&nrm=iso.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1994.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976. 124 p.

DORSA, A. C. O papel das políticas públicas no Brasil: reflexões necessárias. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 22, n. 2, p. 1-4, 15 set. 2021. Universidade Católica Dom Bosco. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v22i2.3504>.

DOUGLAS, P. K. *et al.* Preparing for pandemic influenza and its aftermath: mental health issues considered. **International Journal of Emergency Mental Health**, v. 11, n. 3, p. 137-144. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20437844>.

DUARTE, M. Q. *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 9, p. 3401-3411, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>.

DUMAZEDIER, J. **A revolução cultural do tempo livre**. São Paulo: Estúdio Nobel. SESC, 1994

EGER, M. A.; OLZAK, S. The Polarizing Effect of Anti-Immigrant Violence on Radical Right Sympathies in Germany. **International Migration Review**, [S.L.], v. 57, n. 2, p. 746-777, 8 nov. 2022. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/01979183221126461>.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6. SciELO Books Disponível em: <http://books.scielo.org>.

ESTEVES, C. M. *et al.* Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 75-99, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200006&lng=pt&nrm=iso.

FARIAS, M. N.; LEITE JUNIOR, J. D. Vulnerabilidade social e Covid-19: considerações com base na terapia ocupacional social. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**,

[S.L.], v. 29, p. 1-13, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2526-8910.ctoen2099>.

FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S.L.], v. 37, p. 1-14, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.

FERNANDES, J. A. *et al.* Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 36, n. 5, p. 1-14, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00120519>.

FERREIRA, V. M. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2017.

FILIPPON, J. *et al.* A trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 32, n. 8, p. 1-15, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00034716>.

FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. *In*: MACHADO, R. (Ed.). **Microfísica do Poder**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016. p. 143-170.

FRAZÃO, D. **Biografia de Michel Foucault**. 2015. Disponível em: https://www.ebiografia.com/michel_foucault/.

FREITAS, M.; PEREIRA, E. R. The field diary and its possibilities. **Quaderns de Psicologia**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 235-250, 20 dez. 2018. Universitat Autònoma de Barcelona. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1461>.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Gravidez durante a pandemia da COVID-19**. Nova York: Unicef: 2020.

GABATZ, R. I. B. *et al.* TEORIA DO APEGO, INTERACIONISMO SIMBÓLICO E TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS: articulando referenciais para a pesquisa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 1-8, 8 jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001940017>.

GARCIA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. *In*: NUNES, E. D. (org.). **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global Ed., 1983.

GARCIA, B. C.; MARCONDES, G. S. As desigualdades da reprodução: homens e mulheres no trabalho doméstico não remunerado. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S.L.], v. 39, p. 1-23, 13 maio 2022. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20947/s0102-3098a0204>.

GARRIDO-ROJAS, L. Apego, emoción y regulación emocional: implicaciones para la salud. **Revista Latinoamericana de Psicología**, v.38, n.3, p.493-507, 2006.

GERBALDO, T.; ANTUNES, J. L. F. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health care for alcohol users in Psychosocial Care Centers. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. e210649pt, 2022. DOI: 10.1590/S0104-12902022210649pt. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/205006>.

GIL, R. Análise de Discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.) **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático**. São Paulo: Vozes, 2008.

GIOVANNI, D. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: M. A. Oliveira, (org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas, SP: UNICAMP, 1998.

GOMES, A. **A teoria do apego na produção científica contemporânea**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. (Coleção PROPG Digital - UNESP). ISBN 9788579831898. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/109169>.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312010000200012>.

HASSANL, B. K. *et al.* Maternal mental health and nutritional status of six-month-old infants. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 50, p. 1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006237>.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100036>.

HOWE, P. D. *et al.* Public perceptions of the health risks of extreme heat across US states, counties, and neighborhoods. **Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.** v. 116, n.14, 6743-6748, 2019.

IBARRA, A. C. R. *et al.* MULHERES AGRICULTORAS DO RIO GRANDE DO SUL: suas trajetórias no contexto da produção agroecológica. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 35, p. 1-17, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2023v35263464>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Distrito Federal: IBGE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **População de Fortaleza**. Distrito Federal: IBGE, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília: Ipea, 2018.

IRURITA-BALLESTEROS, C. *et al.* Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 12, n. 2, p. 451-475, ago. 2019. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822019000200005&lng=pt&nrm=iso.

JANUÁRIO, A. *et al.* As ocupações de escolas em São Paulo (2015): autoritarismo burocrático, participação democrática e novas formas de luta social. **Fevereiro**, São Paulo, v. 9, p. 1-26, mai. 2016. Disponível em: <http://www.revistafevereiro.com/pdf/9/12.pdf>.

JORI, G. Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII. **Revista de Geografía Norte Grande**, v. 54, p. 129-153. 2013.

KLIEMANN, A. *et al.* Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 69-80, 18 dez. 2017. Instituto Metodista de Ensino Superior. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76>.

LADES, L. K. *et al.* Daily emotional well-being during the COVID-19 pandemic. **British Journal Of Health Psychology**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 902-911, 23 jun. 2020. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12450>.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LANZETTA, R. C.; BITTENCOURT, M. I. G. F. APOIOS COMPRADOS: formas contemporâneas de suporte à maternagem. **Polemica**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-10, 4 fev. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.12957/polemica.2016.21339>.

LATHEM, W. Community medicine: success or failure? **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 295, n.1, p.18-23. 1976.

LEITE, M. D. S. *et al.* Sentimentos maternos durante o puerpério: uma revisão da literatura. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 01-06, 1 jan. 2022. Research, Society and Development. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.23206>.

LEITE, M. G. *et al.* Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 115-124, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372189590011>.

LEONEL, F. **Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil**.

Fiocruz, 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil> />

LIMA, A. P. de; CARDOSO, F. B. Atividade Física de Lazer em Idosos com Diabetes Tipo 2: Estudo de Base Populacional. **LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 1-17, 2019. DOI: 10.35699/1981-3171.2019.13537. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/13537>.

MACHADO, M. M. T. *et al.* COVID-19 and mental health of pregnant women in Ceará, Brazil. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2021, v. 55, 37. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003225>. Epub 02 June 2021. ISSN 1518-8787. 27 ago. 2022.

MACEDO, A. B. T.; ANTONIOLLI, L.; DORNELLES, T. M.; HANSEL, L. A.; TAVARES, J. P.; SOUZA, S. B. C. de. Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 10, p. e25, 2020. DOI: 10.5902/2179769235174. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/35174>.

MACIEL, M. G. *et al.* Sobre a compreensão dos profissionais das áreas do lazer e da saúde a respeito dessa interface. **Journal Of Physical Education**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 1-11, 9 nov. 2022. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/jphyseduc.v33i1.3357>.

MÄDER, C. V. N. *et al.* Avaliação do vínculo mãe-filho e saúde mental de mães de crianças com deficiência intelectual. **Einstein (São Paulo) [online]**. 2013, v. 11, n. 1, p. 63-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000100012>.

MAFFEI, B. *et al.* REDES SOCIAIS SIGNIFICATIVAS DE GESTANTES DE ALTO RISCO: um estudo qualitativo. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 27, p. 1-15, 15 mar. 2022. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.48904>.

MALTA, D. C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, e2020407, 2020.

MANTOVANI, R. O que foi a polícia médica? **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 409-427, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000200007>.

MARCINO, L. F. *et al.* Prática de lazer em adolescentes e fatores associados: implicações para o cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, p. 1-8, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao02041>.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>.

MARQUES, T. G. *et al.* AS MÃES POUCO ESCOLARIZADAS COMO SUPORTE PARA JOVENS DA ROÇA TEREM ACESSO E PERMANECEREM NO ENSINO SUPERIOR. **Educação em Revista**, [S.L.], v. 36, p. 1-21, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698203268>.

MAYRING, P. **Introdução à pesquisa social qualitativa**. 5. ed. Weinheim: Beltz, 2016.

MCMANUS, J. R. *et al.* Blood pressure self-monitoring in pregnancy (BuMP) feasibility study; a qualitative analysis of women's experiences of self-monitoring. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 40, p. 100-106, 2017.

MEIRELLES, J.G. **A família real no Brasil: política e cotidiano (1808-1821)** [online]. São Bernardo do Campo: Editora UFABC, 2020, 91p.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 1131-1149, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702011000400010>.

MELO, E. P. *et al.* Cuidados parentais e percepções maternas sobre o desenvolvimento dos filhos nascidos durante a pandemia de COVID-19. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S.L.], v. 11, n. 27, p. 399-419, 5 jun. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33361/rpq.2023.v.11.n.27.596>.

MELO, M. H. S *et al.* **Avaliação de programas de prevenção e promoção em saúde mental. Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**. Tradução. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015

MESSAS, G. P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 65-98, 2008.

MILLETT, K. **Política sexual**. Lisboa: Dom Quixote, 1974.

MOREIRA, A. V. do N. **Os conceitos de risco e vulnerabilidade social na Política Nacional de Assistência Social no Brasil**. 2021. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. The “Paulista way”: building collective health in the state of Sao Paulo, Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 21, n. 60, p. 5-11, 2017.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 22, n. 65, p. 337-348, 2018.

MUYLAERT, C. J.; SARUBBI JUNIOR, V.; GALLO, P. R.; ROLIM NETO, M. L.; REIS, A. O. A. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 48, n. 2, p. 184-189, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000800027>.

NAHAR, L. *et al.* The Relationship of Job Satisfaction, Job Stress, Mental Health of Government and Non-Government Employees of Bangladesh. **Psychology**, [S.L.], v. 04, n. 06, p. 520-525, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.46074>.

NEVES, D. M.; SANTOS, M. Babies born better: o uso do software maxqda na análise preliminar das respostas portuguesas à secção qualitativa do inquérito. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S.L.], v. 6, n. 10, p. 124-140, 18 abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33361/rpq.2018.v.6.n.10.210>.

NEVES, D. R. *et al.* Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à scientific periodicals electronic library. **Cadernos Ebape.Br**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 318-330, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395159388>.

NÓBREGA, V. C. F. da *et al.* As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 121, p. 429-440, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912111>.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. S, *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Ed. Fiocruz; 2009. p. 295-315.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 2, n. 3, p. 107-116, ago. 1998. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32831998000200008>.

O'LEARY, A. *et al.* Fear and culture: contextualizing mental health impact of the 2014-2016 Ebola epidemic in West Africa. **BMJ Global Health**, [S.L.], v. 3, n. 3, p. 924-930, jun. 2018. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000924>.

OIKAWA, F. M.; GARCIA, M. R. V. Sofrimento psíquico e assédio moral no contexto universitário. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 19-33, abr. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672021000100003&lng=pt&nrm=iso.

OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Revista Encontros Teológicos**, [S. l.], v. 27, n. 1, 2016. DOI: 10.46525/ret.v27i1.198. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/view/198>.

OLIVEIRA, J. M. *et al.* Relações entre a saúde mental e a conjugalidade de gestantes primíparas. **Psico**, [S.L.], v. 53, n. 1, p. 230-240, 30 nov. 2022. EDIPUCRS. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.38230>.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020044, 2020.

OLIVEIRA-MENEGOTTO, L. M. *et al.* O MÉTODO BICK DE OBSERVAÇÃO EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE: qual o lugar do observador? **Psicologia em Revista**, Minas Gerais, v. 27, n. 2, p. 488-507, dez. 2022.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Statement on the second meeting of the international health regulations emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. Geneva: OMS, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health**. COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. 2020. Disponível em: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. 10 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. 21 Jul. 2020.

ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al.* Mental health in primary care: an evaluative study in a large Brazilian city. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2014.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 205-218, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015s01018>.

PAES, L. G. *et al.* Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 395-409, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462013000200008>.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022008000400012>.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. SciELO Books Disponível em: <http://books.scielo.org>.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101998000400001>.

PAIM, J. S., TEIXEIRA, M. G. L. C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, n. 5, p.27-57, 1992.

PAIVA, V. S. F. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? inovações do campo no contexto da resposta brasileira à aids. **Temas em Psicologia**, [S.L.], p. 531-549, 2013. Associação Brasileira de Psicologia. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/tp2013.3-ee00-pt>.

PAULINO, D. S.; BENDASSOLLI, P. F. Significado do trabalho e busca de emprego para jovens nem-nem. **Avances En Psicología Latinoamericana**, [S.L.], v. 36, n. 2, p. 373, 27 abr. 2018. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5112>.

PARK, S. C.; PARK, Y. C. Mental Health Care Measures in Response to the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in Korea. **Psychiatry Investigation**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 85-86, 25 fev. 2020. Korean Neuropsychiatric Association. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30773/pi.2020.0058>.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. F. N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-17, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190664>.

PFEFFERBAUM, B. *et al.* Mental Health and the COVID-19 Pandemic. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 383, n. 6, p. 510-512, 6 ago. 2020. Massachusetts Medical Society. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmp2008017>.

PICCININI, C. A. *et al.* Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 63-72, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000100008>.

PICCININI, C. A. *et al.* Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 27-33, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722012000100004>.

PINTO, É. G.; XIMENES, S. B. FINANCIAMENTO DOS DIREITOS SOCIAIS NA CONSTITUIÇÃO DE 1988: do pacto assimétrico ao estado de sítio fiscal. **Educação & Sociedade**, [S.L.], v. 39, n. 145, p. 980-1003, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/es0101-73302018209544>.

PIZZINATO, A. *et al.* Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. **Estudos de Psicologia**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 145-156, jun. 2018. Tikinet Edicao Ltda. - EPP. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180015>.

PRATES, L. A. *et al.* Social support network of post-partum mothers in the practice of breastfeeding. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 310-315, 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>.

RAPHAEL-LEFF, J. Introduction: Technical issues in perinatal therapy. In RAPHAEL-LEFF, J. (Ed.), **Spilt milk' perinatal loss & breakdown** (pp. 7-16). Londres: Institute of Psychoanalysis. 2000.

REARDON, S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. **Nature**, [S.L.], v. 519, n. 7541, p. 13-14, mar. 2015. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/519013a>.

RENAUD, L.; CHERBA, M. Apoio social on-line: questões teóricas, metodológicas, benefícios sociais e recomendações. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 47, n. 137, p. 256-271, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202313718>.

RIBEIRO, G. M. *et al.* Risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing high-risk prenatal care. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 56, p. 1-7, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-recusp-2021-0470en>.

RIBEIRO, R. P. *et al.* Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 39, p. 1-14, 23 jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.65127>.

RIBEIRO, V. M.; VÓVIO, C. L. Desigualdade escolar e vulnerabilidade social no território. **Educar em Revista**, [S.L.], n. 2, p. 71-87, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.51372>.

RICCIOPPO, M. R. P. L. Meu filho é autista: percepções e sentimentos maternos. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 132-146, dez. 2021.

ROCHA, H. *et al.* Coronavirus disease 2019, food security and maternal mental health in Ceará, Brazil: a repeated cross-sectional survey. **Public Health Nutrition**, [S.L.], v. 24, n. 7,

p. 1836-1840, 10 fev. 2021. Cambridge University Press (CUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/s1368980021000628>.

ROCHA, M. P. **ELEMENTOS DA TEORIA WINNICOTTIANA NA CONSTITUIÇÃO DA MATERNIDADE**. 2006. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

ROSA, R. *et al.* Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 105-112, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452010000100016>.

ROTOLI, A *et al.* Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 1-9, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0303>.

ROTILI, L. B.; ZALUSKI, F. C.; ALLEBRANDT, S.; BAGGIO, D. K.; GOMES, C. M. INFLUÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO E DA VULNERABILIDADE SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE MIGRAÇÃO DAS GERAÇÕES X e Y. **Perspectivas Contemporâneas**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 95–115, 2020. Disponível em: <https://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/perspectivascontemporaneas/article/view/3191>.

ROUSSEAU, J. **Emílio ou da educação**. 3. ed. São Paulo: Difel, 1979.

SALLES, W. D. A quebra do paradigma “Sentido Da Colonização”: notas sobre o debate historiográfico do brasil colonial, antigo sistema colonial e antigo regime nos trópicos. **Almanack**, [S.L.], n. 15, p. 245-293, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2236-463320171507>.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313.

SANTOS, J. C. *et al.* Espiritualidad y religiosidad en el tratamiento a pacientes bajo cuidados paliativos. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 382-390, jun. 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022302534es>.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 93-101, 1 ago. 2011. Universidade de São Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i2p93-101>.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 1-13, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>.

SCOTT, J. B. *et al.* O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 600-615, ago. 2018. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682018000200013&lng=pt&nrm=iso.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L. B. Saúde coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SESA). **Decreto 33.510 - Decreta Situação de Emergência em Saúde e dispõe sobre as Medidas Para Enfrentamento E Contenção Da Infecção Humana Pelo Novo Coronavírus**. Governo do Estado do Ceará: 2020.

SILVA, B. A. A.; BRAGA, L. P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 258-279, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100014&lng=pt&nrm=iso.

SILVA, J. P. F. **Implicações da pandemia de COVID-19 nas condições e nos modos de cuidado ofertados na primeira infância**. 2020. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

SILVA, J. P. F. *et al.* Implicações da covid-19 no cotidiano das famílias nordestinas e no cuidado infantil. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-11, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902022210287>.

SILVA, M. A. B. da. Lei de Terras de 1850: lições sobre os efeitos e os resultados de não se condenar ‘uma quinta parte da atual população agrícola’. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 35, n. 70, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbh/v35n70/1806-9347-rbh-2015v35n70014.pdf>.

SILVA FILHO, J. A. *et al.* Religiosity and spirituality in mental health: nurses training, knowledge, and practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 75, n. 3, p. 1-7, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0345>.

SILVA JÚNIOR, E. G.; EULÁLIO, M. C. Resiliência para uma Velhice Bem-Sucedida: mecanismos sociais e recursos pessoais de proteção. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 42, p. 1-12, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003234261>.

SLUZKI, C. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMITH, J. A. Identity development during the transition to motherhood: an interpretative phenomenological analysis. **Journal Of Reproductive And Infant Psychology**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 281-299, ago. 1999. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/02646839908404595>.

SOUZA, J. **A tolice da inteligência brasileira: ou como o país se deixa manipular pela elite**. São Paulo: Leya, 2015.

SOUZA, A. C. **Em tempos de PSF... Novos rumos para saúde mental**. 2004. 167 f. Dissertação (Mestrado). – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, H. A.; BERNARDO, M. H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do sistema único de saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.L.], v. 44, p. 1-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000001918>.

SPOSATI, A. Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 7, p. 2315-2325, jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.10202018>.

STEEN, M. Maternal mental health: stigma and shame. **Pract Midwife**, v. 16, n.6, p. 1-5, 2013.

STEEN, M.; FRANCISCO, A. A. Bem-estar e saúde mental materna. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 3-16, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900049>.

STEIN, R. A. COVID-19 and rationally layered social distancing. **International Journal of Clinical Practice**, [S.L.], v. 74, n. 7, p. 85-86, 6 abr. 2020. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/ijcp.13501>.

STEVENSON, E. *et al.* Pandemic influenza planning: addressing the needs of children. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 2, p. 255-260, 2009

STOFEL, N. S. *et al.* Perinatal care in the COVID-19 pandemic: analysis of brazilian guidelines and protocols. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 89-98, fev. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202100s100005>.

STRAND, J.; OLIN, E.; TIDEFORS, I. Mental health professionals' views of the parents of patients with psychotic disorders: a participant observation study. **Health & Social Care In The Community**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 141-149, 15 out. 2014. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12122>.

TAVARES, D. M. S. *et al.* DISTANCIAMENTO SOCIAL PELA COVID-19: rede de apoio social, atividades e sentimentos de idosos que moram só. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 27, p. 1-12, 25 jan. 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.78473>.

TOSTA, I. R. *et al.* Pandemia SARS-CoV-2 e sua repercussão na saúde mental de discentes de medicina. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 17, p. 1-10, 20 dez. 2022. Research, Society and Development. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.38663>.

TRINDADE, Z. *et al.* Pais de primeira viagem: demanda por apoio e visibilidade. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 250-261, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170892>.

UED, F. V. *et al.* Perception of mothers when visiting their child in the neonatal unit for the first time. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 1-6, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0249>.

VALENZUELA, P. L. *et al.* Effects of exercise interventions on the functional status of acutely hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, [S.L.], v. 61, p. 101076, ago. 2020. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2020.101076>.

VAN BORTEL, T. *et al.* Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community, and international levels. **Bulletin Of the World Health Organization**, [S.L.], v. 94, n. 3, p. 210-214, 21 Jan. 2016. WHO Press. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/blt.15.158543>.

VASCONCELOS, A.; FARIA, J. H. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 453-464, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822008000300016>.

VAZ, L. F. **Uma história da habitação coletiva na cidade do Rio de Janeiro**. 1994. 229p. Tese (Doutorado). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo. São Paulo. 1994

VENKATESH, A. *et al.* Social distancing in covid-19: what are the mental health implications? **Bmj**, [S.L.], p. 1379-1379, 6 abr. 2020. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1379>.

VIEIRA, C. A. L.; ÁVILA, A. A. UM OLHAR SOBRE O FENÔMENO DA MATERNIDADE NATURALISTA: refletindo sobre o processo de maternagem. **Revista Gênero**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 26-47, 7 nov. 2018. Pro Reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação - UFF. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22409/rg.v18i2.1141>.

VIEIRA, S. M. *et al.* Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 76-86, abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100007&lng=pt&nrm=iso.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. *In*: LIMA, N.T. (Ed.). **Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 25-48.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Ed.). **Saúde Coletiva - Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

VIEGAS, M. F. Trabalhando todo o tempo: sobrecarga e intensificação no trabalho de professoras da educação básica. **Educação e Pesquisa**, [S.L.], v. 48, p. 1-21, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-4634202248244193>.

WALSH, J. K. Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. **J Clin Psychiatry**, v. 65, n. 8, 2004.

WEBER, F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? **Horizontes Antropológicos**, [S.L.], v. 15, n. 32, p. 157-170, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-71832009000200007>.

WEICH, Scott. Mental health after COVID-19. **BMJ**, [S.L.], p. 326-333, 16 fev. 2022. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o326>.

WINNICOTT, D. **Conversando com os pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1960.

WINNICOTT, D. **Pediatria e psicanálise**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1948.

WINNICOTT, D. **A criança e o seu mundo**, 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WOOD L. **Psychological interventions in anxiety and depression**. In: Smith G, editors. Psychological interventions in mental health nursing. United Kingdom: Open University Press/McGraw Hill Education Maidenhead; 2012.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 190 p. Loucura & Civilização collection. ISBN 978-85-7541-362-3. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>.

YAZBEK, M. C. A pobreza e as formas históricas de seu enfrentamento. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012.

YAZAWA, M. M. *et al.* Qualidade de vida e apoio social de pessoas idosas cuidadoras e receptoras de cuidado em alta vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 26, p. 1-12, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562023026.230032.pt>.

YUNES, M. A. M. *et al.* Intervenções psicoeducacionais positivas para promoção de resiliência: o profissional da educação como tutor de desenvolvimento. **Educação**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 83–92, 2018. DOI: 10.15448/1981-2582.2018.1.29766. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/29766>.

ZAMARIAM, J. **História do Brasil Colonial**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2018.

ZANATTA, E. *et al.* A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 12, n. 3, 2017.

ZANON, C. *et al.* COVID-19: implicações e aplicações da Psicologia Positiva em tempos de pandemia. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 37, e200072, 2020.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Cara participante,

Eu, Jordan Prazeres Freitas da Silva, gostaria de convidá-la a participar da pesquisa intitulada **“REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL MATERNA E NO VÍNCULO DE MÃES COM CRIANÇAS NASCIDAS NO CENÁRIO DE DISTANCIAMENTO FÍSICO EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL”**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa pretende compreender as repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde mental materna e suas implicações no vínculo mãe-bebê em contextos de vulnerabilidade social em Fortaleza, Ceará.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é por entender que a doença do novo coronavírus (COVID-19) é um problema que tem afetado o mundo inteiro; que o município de Fortaleza/CE é uma das capitais brasileiras que possui maior número de casos da doença; além de buscar caracterizar os modos de vida de mães de crianças nascidas durante a pandemia de coronavírus e residentes em contextos de vulnerabilidade social na capital cearense; descrever a saúde mental materna dessas mulheres que vivenciaram a pandemia de COVID-19; identificar as redes de apoio social e afetivo das cuidadoras e as estratégias utilizadas por elas para manutenção desses sistemas de suporte e analisar o processo de estabelecimento e manutenção do vínculo no binômio mãe-bebê

nestes cenários.

Caso você decida participar, o/a pesquisador/a irá agendar um momento com você e realizar uma entrevista semiestruturada, em um melhor horário disponível para você, com duração entre 45 a 60 minutos. Durante a realização da entrevista, a sua fala e a do/a entrevistador/a serão gravadas. Vale ressaltar que qualquer custo financeiro relacionado à pesquisa é de responsabilidade dos pesquisadores e você não terá nenhuma despesa financeira.

Ao participar desta pesquisa, acreditamos que você estará nos ajudando a dar subsídio ao governo federal, estadual e local; no desenho, no monitoramento, na avaliação e na formulação de políticas públicas para o aperfeiçoamento das medidas de enfrentamento ao novo coronavírus.

Informamos ainda, que os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão na dimensão moral, da vida cotidiana. Com a finalidade de diminuir esses possíveis riscos, será assegurado avocê, o anonimato da identificação, mas caso ocorra algum desconforto como emoções ou constrangimentos, estes serão acompanhados pelos pesquisadores, que são psicólogos, darão todo o apoio e farão os devidos encaminhamentos necessários.

Asseguramos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Informamos que sua participação será voluntária e que não será pago nenhum pagamento por participar da pesquisa. Asseguramos também que a qualquer momento você poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelo telefone/endereço do pesquisador responsável.

Garantimos ainda a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e poderei modificar a decisão de participar do estudo, se assim o desejar. Portanto, declaro que concordo em participar

desse estudo, recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 20__.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do/a pesquisador/a

Assinatura

Endereço do responsável pela pesquisa perante o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ:

Nome: Jordan Prazeres Freitas da Silva

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Rua Frei Mansueto, 91, Apto 30 – Meireles – Fortaleza/CE

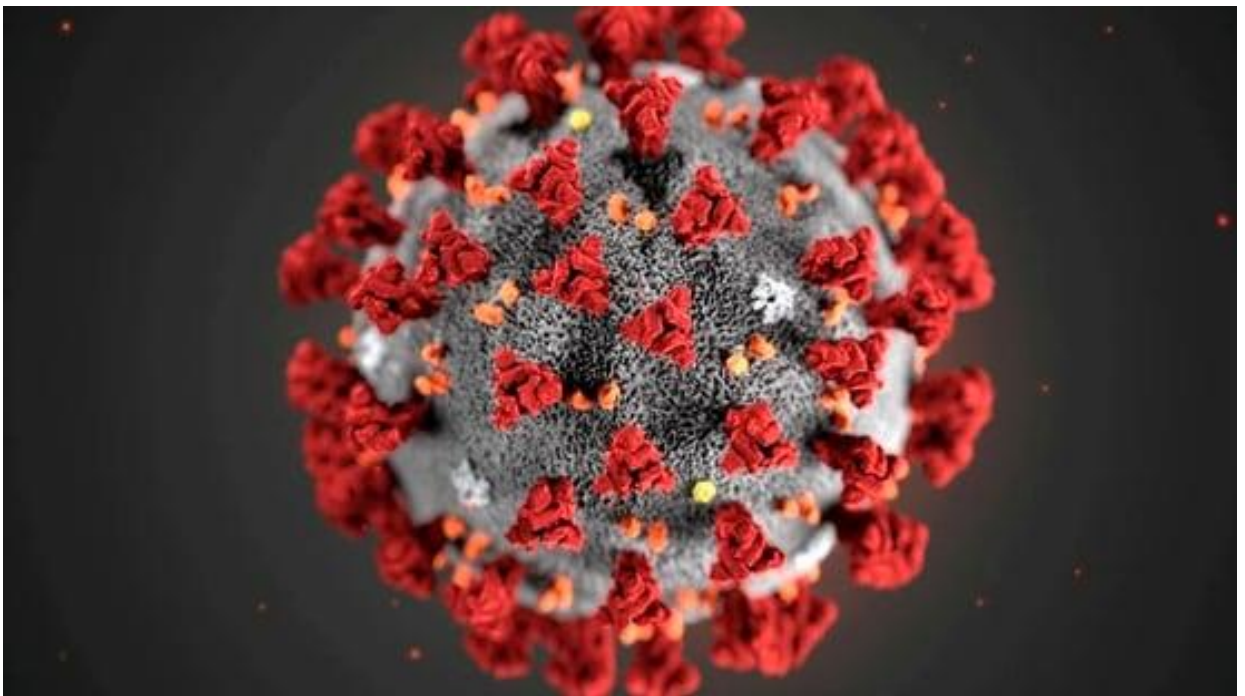
ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

APÊNDICE B – IMAGENS PARA REMEMORAÇÃO









DADOS COVID-19 BRASIL

MORTES

509.141

EM 24h

2.032

CASOS CONFIRMADOS

18.243.483

EM 24h

73.602

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

NÚMEROS DA PANDEMIA

BRASIL PASSA MARCA DE 509 MIL MORTES PELA COVID-19

País registrou mais de 73 mil novos casos em 24 horas

VIVO

CNN
BRASIL

20:49

@CNNBrasil Inflação: CMN fixa em 3% a meta para 2024

EXPRESSO CNN

A PROTEÇÃO DE TODOS ESTÁ NAS SUAS MÃOS.




Evite a disseminação de infecções no ambiente hospitalar!
Higienize sempre as mãos, mesmo quando usar luvas.







5 formas de reduzir o risco de transmissão da Covid-19




Lave as mãos com frequência



Use máscara




Mantenha distância de 1 metro de outras pessoas



Ao tossir ou espirrar, use um lenço ou a dobra do braço



Mantenhas os ambientes ventilados




**APÊNDICE C – PERGUNTA DE PARTIDA PARA ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

PERGUNTA DE PARTIDA PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Eu queria que você observasse esse mural de fotos, e lembrasse um pouco do início da pandemia, aquele período que os noticiários começaram a mostrar a realidade que a COVID-19 estava trazendo para todos nós. Gostaria que você recordasse sobre o período do isolamento social físico, aquele momento que nós precisávamos ficar em casa, longe do contato físico de nossos amigos e parentes. Agora, quero que você fale sobre como era sua vida antes da pandemia, durante a pandemia, engravidar e parir com a COVID-19, e a realidade de agora.

Pontos a observar:

- **Saúde mental durante o isolamento e agora, como se sentia, quais os sentimentos e pensamentos;**
- **Acesso a serviços de saúde mental;**
- **As redes de apoio e as estratégias utilizadas;**
- **Modos de vida (trabalho, acesso à saúde, educação, lazer);**
- **Contato imediato com o bebê, reações de vínculo;**
- **Problemas na hospitalização.**
- **Vínculo atual com bebê;**
- **Relações com o bebê durante a ida do pesquisador ao domicílio.**

APÊNDICE D –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL MATERNA E SUAS IMPLICAÇÕES NO VÍNCULO MÃE-BEBÊ EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL EM FORTALEZA, CEARÁ

Pesquisador: JORDAN PRAZERES FREITAS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53725621.3.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.159.476

Apresentação do Projeto:

Este estudo será do tipo qualitativo, com coleta das informações alicerçado nas histórias orais de vida (HOV) que, segundo Guedes-Pinto (2002), é um tipo de metodologia que tem valorizado os sujeitos e seus fazeres, pois busca ouvir e registrar suas vozes. Conforme compreende Bosi (1995), o processo qualitativo exige daquele que recorda, um (re) fazer de experiências e uma (re) elaboração do presente, criando a oportunidade de reflexão

sobre si mesmo e o passado vivido. Assim, na história oral, faz-se uso de fontes orais e trabalha também com a memória como princípio, propondo aos sujeitos a retomada do passado.

Esse processo garante sentido social à vida de depoentes e leitores, e os fazem sentir parte do contexto em que vivem (MEIHY, 2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: Compreender as repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde mental materna e suas implicações na formação e manutenção do vínculo com filhos nascidos durante o isolamento físico em contextos de vulnerabilidade social em Fortaleza, Ceará. **Metodologia:** Estudo qualitativo, com coleta das informações alicerçado nas histórias orais de vida (HOV). **Buscará** ouvir pais e mães residentes em Fortaleza, Ceará, que participam da coorte "Iracema Covid-19: avaliação da saúde mental materna, desenvolvimento infantil e impactos da pandemia na parentalidade de famílias residentes de Fortaleza-CE".

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-375

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.159-478

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão na dimensão moral, da vida cotidiana. Com a finalidade de diminuir esses possíveis riscos, será assegurado a você, o anonimato da identificação, mas caso ocorra algum desconforto como emoções ou constrangimentos, estes serão acompanhados pelo pesquisador principal, Jordan Frazeres Freitas da Silva, que é profissional Psicólogo, dará todo o apoio e fará os devidos encaminhamentos necessários.

Benefícios:

Fortalecimento do conhecimento científico sobre as repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde mental materna e no vínculo mãe-bebê.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante e factível cujo desfecho é compreender as repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde mental materna e suas implicações na formação e manutenção do vínculo com filhos nascidos durante o isolamento físico em contextos de vulnerabilidade social em Fortaleza, Ceará.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os documentos e termos para inserção do projeto ao CEP UFC.

Recomendações:

Aprovado salvo melhor juízo do CEP_UFC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1852704.pdf	24/11/2021 13:48:46		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Local_Aut.pdf	24/11/2021 13:48:25	JORDAN PRAZERES FREITAS DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES E ENVOLVIDOS NA PESQUISA.docx	08/11/2021 09:24:07	JORDAN PRAZERES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_Jordan.pdf	08/11/2021	JORDAN	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-375

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.159.478

Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_Jordan.pdf	09:23:51	FREITAS DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese.doc	05/11/2021 17:10:11	JORDAN PRAZERES FREITAS DA SILVA	Aceito
Outros	Jordan_Prazeres_Freitas_da_Silva_com pressed.pdf	05/11/2021 16:49:15	JORDAN PRAZERES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/11/2021 16:46:12	JORDAN PRAZERES	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FIN ANCEIRO.docx	05/11/2021 16:45:44	JORDAN PRAZERES	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_SOLICITANDO_APRECIACA O_CEP UFC_.pdf	05/11/2021 16:45:21	JORDAN PRAZERES FREITAS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO_18_05.docx	05/11/2021 16:44:24	JORDAN PRAZERES FREITAS DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 10 de Dezembro de 2021

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: conep@ufc.br

ANEXO A – PRODUÇÕES REALIZADAS DURANTE O PROCESSO DE DOUTORAMENTO

ARTIGOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS

1. CUIDADOS PARENTAIS E PERCEPÇÕES MATERNAS SOBRE O DESENVOLVIMENTO DOS FILHOS NASCIDOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

AUTORES: Eleonora Pereira Melo, Denise Lima Nogueira, Lucas de Souza Albuquerque, Camila Machado de Aquino, Jordan Prazeres Freitas da Silva, David Augusto Batista Sá Araújo, Maria Suelly Nogueira Pinheiro, Luciano Lima Correia, Marcia C Castro e Márcia Maria Tavares Machado.

RESUMO: Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado de janeiro a março de 2022, objetivando compreender, à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, os cuidados parentais e as percepções maternas sobre o desenvolvimento dos filhos nascidos durante a pandemia de covid-19. Foram entrevistadas 30 mães. As informações foram submetidas à Análise de Conteúdo. Emergiram três categorias temáticas: cuidados maternos à criança durante a pandemia; aspectos socioafetivos das relações interpessoais das crianças; percepções das mães sobre o desenvolvimento dos filhos. Revelou-se que as mães foram as principais cuidadoras das crianças e as mudanças provocadas pela pandemia impactaram nos cuidados maternos. Apesar das adversidades, as mães procuraram realizar cuidados parentais que desenvolvessem os filhos saudavelmente. Posto que a crise sanitária imposta pela covid-19 continua, recomenda-se, no acompanhamento da saúde materno-infantil, maior atenção à díade mãe-filho, fortalecendo serviços que operem como fontes de apoio às mulheres nos cuidados aos filhos.

PERIÓDICO: Revista Pesquisa Qualitativa – Qualis A1.

2. COVID-19 AND MENTAL HEALTH OF PREGNANT WOMEN IN CEARÁ, BRAZIL

AUTORES: Márcia Maria Tavares Machado, Hermano Alexandre Lima Rocha, Marcia C Castro, Edgar Gomes Marques Sampaio, Francisco Ariclene Oliveira, Jordan Prazeres Freitas da Silva, Camila Machado de Aquino, Liduína de Albuquerque Rocha de Sousa, Francisco Herlanio Costa Carvalho, Elisa Rachel Pisani Altafim e Luciano Lima Correia.

RESUMO: Objective: To assess the perceptions of pregnant women about COVID-19 and the prevalence of common mental disorders during the implemented social distancing period. Methods: This was an observational, cross-sectional study using digital media, of pregnant women exposed to social distancing due to the COVID-19 pandemic, in Fortaleza, Ceará, Northeastern Brazil. Common mental disorders were estimated using the modified Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) scale, and the feelings towards COVID-19 were assessed using the Fear of COVID-19 scale through telephone calls made in May 2020. COX multivariate regression models were used to verify the associations. Results: Of the 1,041 pregnant women, 45.7% (95%CI: 42.7-48.8) had common mental disorders (CMD). All items of the Fear of COVID-19 Scale showed a significant association with the prevalence of CMD ($p < 0.001$). A CMD risk gradient was observed, going from a prevalence ratio of 1.52 (95%CI: 1.13-2.04) in pregnant women with two positive items to 2.70 (95%CI: 2.08-3.51) for those with four positive items. Early gestational age and the lack of prenatal care were also associated with CMD. Conclusions: The prevalence of common mental disorders in pregnant women was high during the period of social distancing and was aggravated by negative feelings towards COVID-19.

PERIÓDICO: Revista de Saúde Pública – Qualis A1.

3. IMPLICAÇÕES DA COVID-19 NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS NORDESTINAS E NO CUIDADO INFANTIL

AUTORES: Jordan Prazeres Freitas da Silva, Marcia C. Castro, Camila Machado de Aquino, Carla Renata Braga de Souza, Hermano Alexandre Lima Rocha, Luciano Lima Correia, Elisa Rachel Pisani Altafim, Francisco Ariclene Oliveira e Márcia Maria Tavares Machado.

RESUMO: Este estudo explora o cotidiano das famílias com filhos de 0 a 6 anos, residentes em Fortaleza, no Ceará, durante o período de distanciamento físico, estipulado pelo Governo do Estado do Ceará. Esta pesquisa qualitativa se utilizou do referencial da teoria de formação de vínculos na adversidade. Foram entrevistadas 30 mães, entre os meses de julho e agosto de 2020, utilizando videochamadas ou telefonemas. Para análise do material empírico, recorreu-se à análise de conteúdo de Bardin, possibilitando a criação de duas categorias temáticas: (1) o exercício do cuidado parental em tempos de covid-19; (2) o cotidiano das crianças diante da pandemia. A interpretação das narrativas revelou que alguns cuidadores buscaram realizar brincadeiras e atividades manuais com os filhos, e explicavam o que estava acontecendo no cenário mundial, exercendo a parentalidade positiva. Ademais, o distanciamento físico favoreceu o aumento da tolerância dos pais no tempo em que os filhos ficaram expostos às

telas. Percebeu-se que os pais influenciaram a prática de hábitos alimentares não saudáveis entre as crianças e a manifestação de mudanças no comportamento dos filhos. Como conclusão, destaca-se a necessidade de um acompanhamento contínuo dos aspectos referentes ao desenvolvimento dessas crianças e do retorno delas às atividades presenciais.

PERIÓDICO: Saúde e Sociedade – Qualis A3.

4. PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM IGUATU, CEARÁ

AUTORES: Raissa Araujo de Sousa Rodrigues e Jordan Prazeres Freitas da Silva

RESUMO: Na década de 1980, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciou-se o debate sobre novos paradigmas de cuidado em saúde mental. O presente artigo, que foi elaborado para a conclusão da especialização em Saúde Mental Coletiva, na forma de Residência Multiprofissional em Saúde, pela Escola de Saúde Pública do Ceará, teve como objetivo compreender a concepção dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de um município do interior do estado do Ceará sobre a oferta de serviços preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Como critério metodológico, utilizou-se a metodologia qualitativa de pesquisa, recorrendo-se às entrevistas semiestruturadas com profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do município de Iguatu, Ceará, para contemplar o enfoque do trabalho. Para análise das entrevistas, contou-se com o referencial teórico de pesquisadores do campo da Saúde Mental. Ao final do estudo, percebeu-se que muito se avançou e muito ainda há para caminhar na Política de Saúde Mental do município. Para tanto, os profissionais, mergulhados na extensa demanda que chega aos Centro de Atenção Psicossocial, precisariam se organizar, perceber que fazem ou acabam reforçando práticas que não convêm com o que pregam os princípios de emancipação e liberdade dos usuários.

PERIÓDICO: Revista de Educação Popular – Qualis A4.

5. O OLHAR DE PROFISSIONAIS A RESPEITO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: UMA REVISÃO DE SISTEMÁTICA

AUTORES: Ana Mairli Pessoa Lima, Matheus Thierry Borges Lima Lopes, Tays Moisés de Azevedo, Carla Renata Braga de Souza e Jordan Prazeres Freitas da Silva.

RESUMO: Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática a respeito do olhar dos profissionais acerca da Saúde Mental infantojuvenil. Realizou--se um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo, PubMed e Biblioteca Virtual em

Saúde (BVS), com a busca pelos descritores: Adolescência, adolescentes, criança, infantil, infantojuvenil, saúde mental e profissionais. Os achados na base de dados Scielo totalizaram 33 artigos, somados de 18 encontradas na Biblioteca Virtual em Saúde e 6 no PubMed, totalizando 57 trabalhos a serem analisados. Desse total, foram excluídas 47 publicações, por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos. Logo, foram selecionados 10 artigos para a presente análise, tendo em vista sua relação ao tema central da questão norteadora. Dos dez artigos selecionados, cinco sobre patologização infantojuvenil, seis sobre o papel da família no contexto do cuidado em saúde mental e nove abordam sobre articulação entre serviços e intersetorialidade do cuidado. Para uma melhor explanação destes assuntos, estes foram organizados a partir de três categorias. Constatase que nas produções literárias brasileiras dos últimos cinco anos ainda há uma considerável escassez de estudos que abordem as compreensões acerca do cuidado em saúde mental infantojuvenil por meio do olhar de profissionais que participam ativamente da Rede ou se relacionam de alguma forma com ela.

PERIÓDICO: Interfaces Científicas: Humanas E Sociais – Qualis A4

6. A INFLUÊNCIA DO PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO SOBRE A MANIFESTAÇÃO DE TRANSTORNOS NO PUERPÉRIO: UMA REVISÃO NARRATIVA

AUTORES: Luciana Marinho Alves, Jordan Prazeres Freitas da Silva, Felipe Salviano Ramos, Lisa Naira Rodrigues de Sousa, Francisco Daniel Coelho Viana e Alexia Jade Machado Sousa.

RESUMO: Este artigo objetiva identificar, na literatura científica, de que maneira o pré-natal psicológico auxilia na gestação e no pós-parto, verificando os benefícios que ele se propõe, visando a diminuição da depressão pós-parto em mães no puerpério. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa que incluiu artigos da base de dados PEPSIC. A partir dos métodos, foram selecionados 05 (cinco) artigos. Diante da análise dos textos escolhidos, observou-se que o pré-natal psicológico é uma importante ferramenta para prevenção da depressão pós-parto, e que ele não anula os fatores de risco ao desenvolvimento de transtornos mentais, todavia, é um grande aliado, juntamente com os fatores de proteção, para a diminuição dos possíveis sintomas negativos na gestação e puerpério.

PERIÓDICO: Psicologia e Saúde em Debate – Qualis B1

7. GENERALIZAÇÃO E TRANSFERIBILIDADE: AS POSSIBILIDADES DA PESQUISA QUALITATIVA

AUTORES: Maria Iara Socorro Martins, Francisco Ariclene Oliveira, Daniel Germano Alcântara, Paula Roberta Germano Dias, Emanuela Pinto Vieira, Francimara Silva Sousa, Arisa Nara Saldanha de Almeida e Jordan Prazeres Freitas da Silva.

RESUMO: Pretendemos através deste artigo explorar e nos manifestar acerca de alguns conceitos para além dos questionamentos entre as vertentes qualitativas e quantitativas, mas expor como aquela apresenta a validade de suas investigações e a acreditação de seus resultados. As concepções construídas e apresentadas nesse trabalho são frutos germinados das discussões e leituras desenvolvidas na disciplina de Metodologia Qualitativa de Pesquisa Social em Saúde, ofertada no curso de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde Pública. Ao longo das considerações abordaremos dois conceitos distintos: a generalização e a transferibilidade como conceitos essenciais à validade na pesquisa qualitativa. Contudo, o ponto fundamental que buscamos destacar, no que diz respeito, especialmente, à generalização como possibilidade dos pressupostos da corrente qualitativa, é que esta maturidade e segurança dependerá, notadamente, do conforto teórico e metodológico do investigador social.

PERIÓDICO: Revista Foco – Qualis B2

8. ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA

AUTORES: Neide da Silva Tomaz, Jordan Prazeres Freitas da Silva, Lisa Naira Rodrigues de Sousa e Ana Karolina Matos de Freitas.

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo principal descrever as mudanças evolutivas da atuação do profissional psicólogo no Brasil. Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica, narrativa de natureza qualitativa e teórica abordando aspectos históricos, conceituais e organizativos. Foi realizada através de estudos disponíveis na BVS nas bases BDNF, MEDLINE, LILACS e Índex Psicologia, em setembro de 2021. Utilizou-se dos descritores: “Atuação profissional”, “Psicologia”, “Exercício Profissional”, que após os critérios de inclusão e exclusão resultou-se em 196 estudos. Diante do compilado de fatos encontrados na literatura as discussões foram estruturadas nas seguintes categorias: Introdução da psicologia no Brasil, onde se realizou a conceituação dos marcos temporais da história da psicologia; O exercício profissional e as áreas de atuação e suas atribuições diante do conselho regional de saúde, trazendo os principais pontos da profissão e como se dar a sua

atuação do profissionalismo. De acordo com os estudos, conclui-se que mesmo com os grandes marcos, e ganhos durante os séculos, essa profissão ainda é bastante frágil e pouco valorizada, mesmo sabendo-se que a sociedade em que se vive hoje necessita desse profissional indubitavelmente no processo da busca pela saúde e qualidade de vida. Espera-se que os achados desse estudo possam contribuir para o desenvolvimento de futuras pesquisas na área da Psicologia, por meio de diferentes aportes teóricos, técnicas e instrumentos de investigação empírica.

PERIÓDICO: Revista PLUS FRJ: Revista Multidisciplinar em Educação e Saúde – Qualis C

9. LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR: ESTUDO DE CASO

AUTORES: Neide da Silva Tomaz, Jordan Prazeres Freitas da Silva, Lisa Naira Rodrigues de Sousa e Ana Karolina Matos de Freitas.

RESUMO: Objetiva-se identificar quais requisitos ou perfis necessários que podem proporcionar o sucesso da empresa (organização) através da liderança e motivação. Trata-se de um estudo de caso, descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa se desenvolveu em uma instituição pública de ensino superior, localizada na cidade de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará. Para alcançar os objetivos inicialmente propostos, foram utilizadas questões, visando facilitar a tabulação e o trabalho de análise das informações. O questionário foi dividido em duas partes. A primeira identifica o perfil dos colaboradores pesquisados contemplando as seguintes variáveis: sexo, tempo de empresa, escolaridade. A segunda parte enfoca o perfil da liderança, composto de perguntas fechadas. Os seguintes resultados foram: que entre os colaboradores, predominou o sexo masculino com percentual de 56%. Dos pesquisados (23/25 pesquisados) que representa 92% encontram-se há mais de 10 anos na instituição, em relação à escolaridade destacaram-se 16 dos 25 pesquisados da instituição de pesquisa possuem o Ensino Superior Completo representando 64% dos pesquisados, 1 dos 25 pesquisados: Ensino Superior Incompleto (cursando) representando 4%, 7 possuem Ensino Médio Completo representando 28% dos pesquisados, e em seguida 1 Ensino Médio Incompleto (cursando) representando 4% dos 25 pesquisados. Dentre os fatores levantados considerados importantes para a liderança, a motivação e o sucesso organizacional, foram verificados que todos estão presentes nas lideranças da instituição em estudo, parte destas pelos líderes e parcialmente pelos liderados. Concluindo-se que a atuação dos líderes neste momento torna-se essencial, pois são estes que possuem a capacidade de influenciar as pessoas buscando um bem comum.

PERIÓDICO: Revista PLUS FRJ: Revista Multidisciplinar em Educação e Saúde – Qualis C

CAPÍTULO DE LIVRO PUBLICADO

1. REPERCUSSÕES DA HOMOFOBIA NA ESCOLA: UM ESTUDO DE CASO

AUTORES: Felipe Salviano Ramos, Lúcia Maria Temóteo, Francisco Daniel Coelho Viana, Joaquim Alves Diniz e Jordan Prazeres Freitas da Silva.

RESUMO: A homofobia é caracterizada por hostilidades psicológicas e físicas a pessoas LGBTQIA+. Assim, este artigo objetiva compreender a relação entre a homofobia no ambiente escolar e a construção da subjetividade do indivíduo vítima da violência. Nesse sentido, trata-se de um estudo de caso, cujo participante foi um jovem que sofreu homofobia na escola. Para análise do material empírico apreendido, utilizou-se a entrevista semiestruturada, e para análise dos dados, recorreu-se à análise do conteúdo temático-categorial. Foi possível perceber que a homofobia na escola tem efeitos no desenvolvimento emocional de quem sofre a violência, e que, diante do cenário escolar, alguns professores omitiam a homofobia e acabavam, implicitamente, perpetuando e praticando a discriminação. Portanto, as reflexões feitas neste artigo, a respeito das atitudes tão comuns nas escolas que normatiza e enquadra a sexualidade, podem contribuir para repensar a dificuldade do espaço educacional e conviver com a diversidade sexual.

LIVRO: Psicologia Social da Saúde: teoria e prática – ISBN 978-65-5364-166-2.

ARTIGOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

1. SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA PELA COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA CIENTÍFICA

AUTORES: Jordan Prazeres Freitas da Silva, Carla Renata Braga de Souza, Márcia Maria Tavares Machado e Natália Alexandre Ferreira.

RESUMO: Este estudo teve o objetivo de analisar as produções científicas a respeito dos efeitos da medida de distanciamento social na saúde mental infantil; caracterizar os artigos científicos, listar os efeitos dessa medida de isolamento e identificar as possíveis intervenções para minimização dos impactos. Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados do PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Portal de Periódos CAPES, utilizando a combinação dos descritores: “COVID-19” AND “child” AND “mental health”. Foram selecionados os textos completos gratuito, idioma português, inglês, espanhol e chinês. Encontrou-se 17 artigos publicados e, após a leitura dos resumos, considerando os critérios de

inclusão e exclusão, 06 artigos foram analisados. Observou-se que o distanciamento social traz riscos e aumento na prevalência de sintomas psicossomáticos e transtornos mentais nas crianças, que apresentaram sintomas, como: medo, depressão, ansiedade e estresse; possíveis atrasos no desenvolvimento infantil e aumento nos comportamentos inadequados para infância. Como conclusão, percebe-se que os artigos publicados indicam que o apoio familiar e o tele atendimento psicológico são intervenções necessárias. A gravidade da pandemia pelo COVID-19, no contexto mundial, é incalculável nos efeitos gerados na saúde mental das crianças, sendo necessário seguimento e adoção de medidas de enfrentamento durante e após o período de distanciamento social.

PERIÓDICO: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental – Qualis B3.

ARTIGOS SUBMETIDOS EM PERIÓDICOS

1. A TRAVESSIA DE CRIANÇAS NA REDE DE SAÚDE MENTAL DE QUIXADÁ – CE.

AUTORES: Lucas de Oliveira Saraiva Leão, Carla Renata Braga de Souza, Jordan Prazeres Freitas da Silva, Matheus Thierry Borges Lima Lopes e Patrícia Régia Oliveira de Araújo.

RESUMO: Esta pesquisa teve como objetivo compreender a trajetória das crianças na busca por ajuda para sofrimento psíquico, apontando as instituições/equipamentos da Rede de Atenção a Psicossocial e identificando o processo de subjetivação do adoecer para as crianças. É um estudo qualitativo de caráter exploratório. O Centro de Atenção Psicossocial - II (CAPS II) do município de Quixadá foi escolhido como cenário da pesquisa devido a representação que tem este equipamento, ocupado na luta antimanicomial em cenário nacional, sendo este o terceiro da categoria no estado cearense. A pesquisa resultou na construção de 3 categorias, sendo: 1) Fluxo dos níveis de atenção: equipamentos/serviços que ofereceram apoio a criança; 2) “Porque meu filho ele tem problema desde pequeno”. Noções de saúde: a busca por cuidados; 3) “Se não der o remédio a ele, Deus me livre”. A terapêutica medicamentosa. Os dados foram coletados por intermédio de entrevistas abertas e pelos desenhos produzidos pela amostragem. Diante do exposto, ao alcançar seus objetivos, a pesquisa gerou um novo questionamento acerca dos encaminhamentos feitos pelos serviços, ficando aberta a possibilidade para pesquisas futuras.

PERIÓDICO: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental – Qualis B3.

2. CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DE MULHERES GRÁVIDAS SOBRE A PANDEMIA DE COVID-19 EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL

AUTORES: Jordan Prazeres Freitas da Silva, Camila Machado de Aquino, Carla Renata Braga de Souza, Eleonora Pereira Melo, Márcia C Castro, Márcia Maria Tavares Machado.

RESUMO: Este artigo buscou explorar os conhecimentos, as percepções e os sentimentos de mulheres grávidas e que possuam outros filhos no período da primeira infância, diante das medidas de controle da pandemia de COVID-19, em Fortaleza, Ceará, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo, que entrevistou 30 participantes por telefone e videochamada, e utilizou da análise do conteúdo para interpretação do material obtido. Com base no material empírico adquirido, evidenciou-se que o conhecimento das mulheres frente às medidas de controle à COVID-19 revelou-se fragilizado. O aumento de transtornos emocionais e o sentimento de solidão foram aspectos evidenciados de forma contundente nas falas. E, como aspecto positivo, as participantes revelaram que esse momento as permitiu ficar mais próximas aos filhos e ter a partilha do cuidado pelos pais. Conclui-se, portanto, que estudos de seguimento da população materno-infantil em diferentes contextos sociais são necessários, para avaliar a dimensão que o período da pandemia de COVID-19 possa ter provocado nas relações de parentalidade e cuidados às crianças.

PERIÓDICO: SUSTINERE – Revista de Saúde e Educação – Qualis A2.

ARTIGOS EM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO – RESULTANTES DA TESE

1. SAÚDE MENTAL DE MÃES QUE VIVENCIAM CENÁRIOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO PÓS-DISTANCIAMENTO FÍSICO REALIZADO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

RESUMO: O artigo tem o objetivo de explorar a saúde mental de mães que vivenciam cenários de vulnerabilidade social no pós-distanciamento físico realizado durante a pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com natureza qualitativa, realizado por meio de 18 entrevistas com mães que tiveram filhos no período do distanciamento físico em Fortaleza, Ceará. Utilizou-se a análise do conteúdo como prisma para interpretação do material empírico apreendido, tendo como referencial teórico autores do Campo da Saúde Mental. Emergiram duas categorias temáticas: 1) “Eu sinto muita tristeza dentro de mim, vontade de desistir de tudo, vontade de sumir, eu sinto vontade de morrer”: experiências maternas de sofrimentos psíquicos”; 2) “Eu busco ficar com um pensamento

mais otimista e não deixar me abater tanto”: estratégias de cuidado utilizadas por mulheres para lidar com os sofrimentos psíquicos”. Evidenciou-se como algumas participantes dessa pesquisa suportavam diversas situações de sofrimentos psíquicos em seus contextos, principalmente diante do período da pandemia, mas com reflexos atualmente. Identificou-se que nenhuma das mulheres realizava acompanhamento com profissionais de saúde mental, embora percebessem a relevância do tratamento. Verificou-se que diversas participantes desenvolveram estratégias para conseguir lidar com as experiências adversas, como buscar apoio religioso e praticar atividades prazerosas. Diante de tais situações negativas, recomenda-se o acompanhamento profissional, o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental e a divulgação dos possíveis serviços disponíveis às mães que apresentam discursos de sofrimento psíquico.

2. REPERCUSSÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NO VÍNCULO DE MÃES COM CRIANÇAS NASCIDAS NO CENÁRIO DE DISTANCIAMENTO FÍSICO EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL

RESUMO: Este estudo busca analisar as repercussões da pandemia de covid-19 no vínculo de mães com crianças nascidas no cenário de distanciamento físico em contextos de vulnerabilidade social. Esta pesquisa qualitativa se utilizou dos referenciais das teorias winnicottiana e do apego. Foram entrevistadas 18 mães em suas residências, entre os meses de maio e julho de 2023. Para interpretação do material empírico, recorreu-se à análise do conteúdo de Bardin, possibilitando a criação de duas categorias temáticas: (1) “Olhava para meu filho e prometia para ele que eu iria cuidar dele e fazer de tudo para dar o melhor de mim”: Percepções maternas sobre a gestação e os cuidados com os filhos nascidos no distanciamento físico; e (2) “É um amor que a gente sabe que vai ter que cuidar, zelar, até os últimos dias da gente, não tenho palavras para descrever”: Estabelecimento e manutenção do vínculo mãe-bebê. O exercício crítico-interpretativo das entrevistas permitiu elucidar que diversas participantes tiveram gestações não planejadas e, algumas, inclusive, não desejadas. Para algumas mães, as experiências iniciais do nascimento do bebê foram relevantes para o vínculo mãe-bebê, já para outras, o apego ocorreu por meio de trocas diárias com o filho, como em momentos de cuidado, amamentação e brincadeiras. Como conclusão, evidencia-se que a pandemia de covid-19 proporcionou repercussões positivas e negativas no vínculo mãe-filho. Portanto, recomenda-se a criação e o fortalecimento de programas que realizem acompanhamento sistemático do período gravídico-puerperal da mulher, para construção de

intervenções precoces que identifiquem e abordem os fatores que colocam a parentalidade em risco.

APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS

1. DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA DURANTE A PANDEMIA COVID-19 EM SERVIÇOS PÚBLICOS

AUTORES: MACHADO, Marcia Maria Tavares; NOGUEIRA, Denise Lima; PINHEIRO, Maria Suelly Nogueira; AQUINO, Camila Machado de; MELO, Eleonora Pereira; ARAÚJO, David Augusto Batista Sá; ALBUQUERQUE, Lucas de Souza; GOMES, Yuri Valentim Carneiro; SILVA, Jordan Prazeres Freitas Da; CASTRO, Marcia C.

EVENTO: 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

2. PERCEPÇÃO MATERNA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CRIANÇAS NASCIDAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, EM FORTALEZA-CEARÁ

AUTORES: MACHADO, Marcia Maria Tavares; NOGUEIRA, Denise Lima; PINHEIRO, Maria Suelly Nogueira; AQUINO, Camila Machado de; MELO, Eleonora Pereira; ARAÚJO, David Augusto Batista Sá; ALBUQUERQUE, Lucas de Souza; GOMES, Yuri Valentim Carneiro; SILVA, Jordan Prazeres Freitas Da; CASTRO, Marcia C.

EVENTO: 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

3. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE PACIENTES COM COVID-19 NO SERTÃO PARAIBANO SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIA.

AUTORES: Felipe Salviano Ramos e Jordan Prazeres Freitas da Silva.

EVENTO: II Congresso Nacional de Inovação em Saúde e Humanas.

4. CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE MENTAL DE UM JOVEM QUE SOFREU HOMOFOBIA NA ESCOLA

AUTORES: Felipe Salviano Ramos, Francisco Daniel Coelho Viana e Jordan Prazeres Freitas da Silva.

EVENTO: II Congresso Nacional de Inovação em Saúde e Humanas.

5. POTENCIALIDADES DO PROCESSO DE TERITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.

AUTORES: Felipe Salviano Ramos, Francisco Daniel Coelho Viana e Jordan Prazeres Freitas da Silva.

EVENTO: II Congresso Nacional de Inovação em Saúde e Humanas.

6. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A ATUAÇÃO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

AUTORES: Felipe Salviano Ramos e Jordan Prazeres Freitas da Silva.

EVENTO: II Congresso Nacional de Inovação em Saúde e Humanas.

ENTREVISTAS E COMENTÁRIOS NA MÍDIA

1. MAIS DE 120 PESSOAS FORAM PRESAS NO CE DURANTE “MAIO LARANJA”.

ENTREVISTA DADA AO JORNAL “O ESTADO”.

2. O PAPEL DA PATERNIDADE POSITIVA NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

ENTREVISTA DADA AO PROGRAMA DE RÁDIO “VERDINHA”.