



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CRISTIANO JOSÉ DA SILVA

**UM NOVO OLHAR NO CUIDADO COM A GESTAÇÃO: FORTALECENDO
VÍNCULOS EM GRUPOS DE GESTANTES**

FORTALEZA

2016

CRISTIANO JOSÉ DA SILVA

UM NOVO OLHAR NO CUIDADO COM A GESTAÇÃO: FORTALECENDO VÍNCULOS
EM GRUPOS DE GESTANTES

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Emília Soares Chaves Rouberte.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

S579n Silva, Cristiano José da.
Um novo olhar no cuidado com a gestação: fortalecendo vínculos em grupos de gestantes. /
Cristiano José da Silva. – 2016.
201 f.: il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia
e Enfermagem; Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família; Mestrado Profissional em
Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientação: Profa. Dra. Emília Soares Chaves Rouberte.

1. Saúde da Família. 2. Gestação. 3. Relações mãe-filho. 4. Rejeição. I. Título.

CDD 610.734

CRISTIANO JOSÉ DA SILVA

**UM NOVO OLHAR NO CUIDADO COM A GESTAÇÃO:
FORTALECENDO VÍNCULOS EM GRUPOS DE GESTANTES**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

BANCA EXAMINADORA:

Emília Soares Chaves Rouberte
Prof.^a Dr.^a Emília Soares Chaves Rouberte (Presidente e Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Ângela Maria Alves e Souza
Prof.^a Dr.^a Ângela Maria Alves e Souza (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Michell Ângelo Marques Araújo
Prof. Dr. Michell Ângelo Marques Araújo (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 16 / 09 / 2016

Fortaleza-CE

Às minhas três vidas: Amélia, Alice e Maria
Lô (*In memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me fornecido força, coragem, saúde, paciência e sabedoria necessária para enfrentar as dificuldades da vida, bem como ter me conduzido para realização de mais um sonho.

À minha saudosa avó Maria da Silva Cedro, à prima Otacília Silva, à comadre Glaucia Gomes e à querida tia Maria do Livramento (*in memoriam*). Mulheres e mães exemplo de amor incondicional, força, resiliência, dedicação e determinação, que partiram cedo ao plano espiritual, deixando uma imensa saudade em meu coração.

À minha mãe Amélia por toda capacidade de superação, resistência e resiliência para enfrentar todas as dificuldades, abandonos, pressões psicológicas, medos, rejeições e estigmas sofridos em assumir uma gravidez sozinha, no auge da ditadura militar, onde o machismo e o preconceito contra uma mãe solteira eram algo extremamente preponderante.

À minha filha Alice pela imensa capacidade de superação e resiliência em viver nesse momento distante da presença física de sua querida mãe Rosana, nutrindo-se de todo amor, carinho, afeto e orações recebidas numa ausência quase presente.

À família mestrado representada pela alegria dos vinte eternos amigos/irmãos mestrados Adriana, Aíla, Alyne, Bruno, Cristiane, Danuta, Diego, Dírlia, Eline, Fábio, Gemimma, Géssika, Joverlânia, Lucenir, Luciana, Manu, Malu, Marielle, Risolinda, Verônica e pela competência da equipe técnica, representada pela querida secretária Suerda e pelas professoras coordenadoras Neiva e Renata. A todos deixo meu agradecimento, em especial, pelo carinho, alegrias, confiança, reflexões, críticas e sugestões recebidas. Foi através desse convívio que fizemos amizades, compartilhamos sonhos, desafios e, nas andanças de cada módulo, dentre vocês, encontrei o grande amor de minha vida.

À minha namorada Maria Luíza pelo amor, paciência, confiança, carinho, alegrias e boas energias compartilhadas. Juntos nós percebemos que somente pela prática do bem, da paz, do perdão, da caridade, do amor e da indulgência é que conseguiremos vencer toda e qualquer adversidade deste mundo.

À Profa. Dra. Emília Soares Chaves Rouberte, pela dedicação, confiança, apoio, presença amiga, conhecimentos compartilhados e, principalmente, pela paciência em aceitar minha instabilidade de ideias que afloravam permanentemente.

Aos professores participantes da banca examinadora Ângela Maria Alves de Souza, Michell Ângelo Marques Araújo, Ana Claudia do Espírito Santo e Carolina Maria de Lima Carvalho, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Às participantes e apoiadores da pesquisa, em especial às gestantes inclusas nesse projeto; à coordenadora da UAPS Irmã Hercília Dra. Eli; aos profissionais da ESF do Lagamar e Cidade de Deus; às agentes de Saúde Adriana, Cidade, Conceição e Rita; ao conselheiro tutelar Del Lagamar; à médica Andrea, à enfermeira Fátima e às acadêmicas de enfermagem Márcia e Ticianá, pela confiança, apoio, determinação e tempo concedido nas entrevistas e encontros.

Às amigas Luciana Cordeiro e Wlândia, pelo tempo dedicado, pelas orientações fornecidas e pelo aprendizado significativo construído conjuntamente.

Aos queridos alunos, meus eternos mestres, peças fundamentais no meu processo de ensino aprendizagem na constante construção de meu amor pela docência.

Aos amigos da UAPS Irmã Hercília, do Hospital do Coração de Messejana e do Centro Universitário Unichristus, testemunhas fieis de cada gota de suor derramado.

Aos amigos e irmãos de luz da Casa Espírita de Miramez, pela essência de amor partilhada em cada gesto, cada toque, cada olhar e cada palavra registrada em nossos encontros.

Aos espíritos de luz pelas sugestões repassadas por intuição, sonhos, pensamentos e energias captadas e emanadas numa força soberana.

À gestão maior em saúde de Fortaleza, pelas inúmeras dificuldades impostas à minha pessoa, hoje superadas e contempladas num sonho antes impossível, porém, hoje vivenciado com plena e total realidade.

Às pessoas não citadas neste trabalho, mas eternamente lembradas pelas diferentes formas de contribuição, o meu sincero voto de apreço, estima e gratidão.

*“O amor de mãe é a mais elevada forma de
altruísmo.”*

Machado de Assis

RESUMO

A atenção integral proposta pela Estratégia Saúde da Família contempla uma reorientação do modelo assistencial, superando o antigo método centrado na doença. Por essa abordagem peculiar, os trabalhadores da saúde podem ter uma visão inovadora, tanto centrada na pessoa, como focada no contexto amplo da família, com novos modos de cuidar. Este estudo teve como objetivo desenvolver uma tecnologia leve aplicada a gestantes vulneráveis à rejeição da gravidez e conceito, buscando fortalecer o vínculo mãe-filho-mundo. Tratou-se de uma abordagem norteada pela pesquisa-cuidado, cujo propósito foi beneficiar as participantes pelas diferentes formas de cuidar. A coleta de dados ocorreu pela aplicação de formulários, recursos de filmagem e gravação de cinco sessões grupais, captando a essência do fenômeno da rejeição, tanto nas falas, como na linguagem corporal das participantes. Alguns resultados quantitativos foram apresentados em gráficos e tabelas construídos a partir dos programas Excel e World versão 2010. A análise desses dados delineou o perfil sociodemográfico que vulnerabilizava o contexto da maternagem entre as participantes. Os dados qualitativos foram avaliados e confrontados pela abordagem fenomenológica de Moustakas, a qual se adequou a esta pesquisa por ser mais focada na descrição das experiências das participantes. A análise revelou que um ambiente, no qual predominam a violência intrafamiliar, a ausência do parceiro, a dependência econômica materna, carências de uma mãe suficientemente boa, memórias punitivas dessa mãe e o não planejamento da gravidez, percebida como sem sentido, influencia diretamente na negação da maternidade, constituindo-se um entrave na relação harmônica mãe-filho-mundo. Tais fatores podem ser reproduzidos em um mecanismo de rejeição, transmitido a cada geração familiar. Subjetivamente, foram relatados sentimentos de medo, insegurança, impotência, mágoa, vergonha e negação na construção da descrição estrutural deste estudo. Durante a aplicação da pesquisa-cuidado, verificou-se a relevância do cuidado na abordagem de grupo, como proposta de desconstruir o fenômeno da rejeição. Propiciou-se, assim, um resgate aos princípios da maternagem, transcrito nas falas e observado nas imagens por meio de sete unidades de significado, inicialmente caracterizadas pela mágoa, desprezo, rejeição, aborto e ambivalência de sentimentos, reestruturadas pela resiliência e finalizadas pela aceitação. Por fim, é extremamente relevante se promover uma assistência eficaz às gestantes mais vulneráveis à rejeição e instituir grupos como suporte nos eixos da saúde mental e cuidado.

Palavras-chave: Saúde da Família. Gestação. Relações mãe-filho. Rejeição.

ABSTRACT

The comprehensive care proposed by the Family Health Strategy contemplates a reorientation of the care model, surpassing the old method focused on the sickness. Through this unique approach, health workers can have an innovative vision, both person-centered, but also focused on the larger family context, with new ways of caring. This study aimed to develop a light technology applied to pregnant women vulnerable to pregnancy rejection and concept, seeking to strengthen the mother-child-world bond. It was a care-oriented approach, whose purpose was to benefit the participants through the different ways of caring. Data collection took place through the application of forms, shooting resources and recording of five group sessions, capturing the essence of the phenomenon of rejection, both in the speeches and in the body language of the participants. Some quantitative results were presented in graphs and tables constructed from the programs Excel and World version 2010. The analysis of these data outlined the sociodemographic profile that makes vulnerable the context of the maternity among the participants. The qualitative data were evaluated and confronted by the phenomenological approach of Moustakas, which was adapted to this research as it was more focused on the description of the participants' experiences. The analysis revealed that an environment, in which intrafamily violence, the absence of partner, maternal economic dependence, lack of a sufficiently good mother, punitive memories of this mother and the non-planning of pregnancy that was perceived as meaningless, directly influence the negation of motherhood, constituting an obstacle in the harmonic relation mother-child-world. Such factors can be reproduced in a rejection mechanism, transmitted to each family generation. Subjectively, feelings of fear, insecurity, impotence, hurt, shame and denial were reported in the construction of the structural description of this study. During the research-care application, there was a clear relevance of care in the group approach, as a proposal to deconstruct the rejection phenomenon. Thus, a rescue of the principles of motherhood, transcribed in the speeches and observed in the images through seven units of meaning, initially characterized by heartache, contempt, rejection, abortion and ambivalence of feelings, restructured by resilience and ended by acceptance. Finally, it is extremely relevant promoting effective assistance to pregnant women who are most vulnerable to rejection and establishing groups as support in the areas of mental health and care.

Keywords: Family Health. Pregnancy. Mother-Child Relations. Rejection.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das informações sociodemográficas das participantes. Fortaleza-Ceará, 2016.....	79
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Carol. Fortaleza-Ceará, 2016.....	92
Figura 2	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Laura. Fortaleza-Ceará, 2016.....	93
Figura 3	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Raylane. Fortaleza-Ceará, 2016.....	94
Figura 4	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Ester. Fortaleza-Ceará, 2016.....	95
Figura 5	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Dalila. Fortaleza-Ceará, 2016.....	96
Figura 6	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Fernanda. Fortaleza-Ceará, 2016.....	97
Figura 7	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Aurora. Fortaleza-CE, 2016.....	98
Figura 8	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Emilly. Fortaleza-Ceará, 2016.....	100
Figura 9	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Dourada. Fortaleza-Ceará, 2016.....	101
Figura 10	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Brenda. Fortaleza-Ceará, 2016.....	102
Figura 11	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Mariana. Fortaleza-Ceará, 2016.....	103
Figura 12	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Joana. Fortaleza-Ceará, 2016.....	105
Figura 13	– Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Ana. Fortaleza-Ceará, 2016.....	106

Figura 14 – Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Alice. Fortaleza-Ceará, 2016.....	107
Figura 15 – Atividade com massa de modelar no encontro “Projetando e moldando a vida”. Fortaleza-Ceará, 2016.....	110
Figura 16 – Representações plásticas das gestantes por meio da massa de modelar. Fortaleza-Ceará, 2016.....	112
Figura 17 – Descrição do modelo de cartão escrito pela gestante Dourada no encontro “Projetando e moldando a vida”. Fortaleza-Ceará, 2016.....	118
Figura 18 – Estimulando um pensamento crítico-reflexivo sobre o apego materno fetal por meio do cuidado proporcionado pela massagem e automassagem. Fortaleza-Ceará, 2016.....	120
Figura 19 – Momento de interiorização conduzido pela música. Fortaleza-Ceará, 2016..	125
Figura 20 – Vivência conduzida ao som de uma caixa de música. Fortaleza-Ceará, 2016	126
Figura 21 – Instrumentos para aplicação do momento “Presenciando o <i>holding</i> ”: mandala representativa do útero gravídico. Fortaleza-Ceará, 2016.....	135
Figura 22 – Momento de autoencontro e despertar crítico-reflexivo para se proporcionar o <i>holding</i> . Fortaleza-Ceará, 2016.....	138
Figura 23 – Momento “Presenciando o <i>holding</i> ”. Fortaleza-Ceará, 2016.....	139
Figura 24 – Imagem compartilhada por uma participante da pesquisa via <i>WhatsApp</i> , extraída da comunidade “Diário de uma mãe solteira” do <i>Facebook</i> . Fortaleza-Ceará, 2016.....	157
Figura 25 – Ritual de conotação positiva aos moldes da Terapia Comunitária. Fortaleza-Ceará, 2016.....	159

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Descrição das percepções futuras das participantes relacionadas à gravidez como projeto de vida e a segurança em ser mãe. Fortaleza-Ceará, 2016.....	82
Gráfico 2 – Representação dos principais sentimentos descritos pelas gestantes após a positividade da gravidez e no momento presente da aplicação do apêndice A. Fortaleza-Ceará, 2016.....	84
Gráfico 3 – Quantitativo de familiares e companheiros das gestantes que apoiaram ou rejeitaram as mesmas após receberem a positividade da gravidez. Fortaleza-Ceará, 2016.....	86
Gráfico 4 – Palavras escolhidas pelas participantes, de acordo com seu contexto de vida, em ordem de importância. Fortaleza-Ceará, 2016.....	134
Gráfico 5 – Grau de satisfação das gestantes relacionado às cinco atividades de grupo e vivências propostas. Fortaleza-Ceará, 2016.....	162
Gráfico 6 – Avaliação das participantes quanto à escolha do encontro mais importante. Fortaleza-Ceará, 2016.....	163
Gráfico 7 – Grau de satisfação das gestantes relacionado ao projeto “Um novo Olhar no Cuidado com a Gestação”. Fortaleza-Cear�a, 2016.....	163

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo das atividades propostas nos cinco encontros de grupo com gestantes. Fortaleza-Ceará, 2016.....	72
Quadro 2 – Caracterização gestacional das participantes. Fortaleza-Ceará, 2016.....	81
Quadro 3 – Trechos relevantes dos relatos das participantes, de acordo com suas autoimagens moldadas. Fortaleza-Ceará, 2016.....	112
Quadro 4 – Narrativas das participantes após o contato com o bebê fictício. Fortaleza-Ceará, 2016.....	139
Quadro 5 – Respostas das participantes sobre o que mais influenciou ou afetou nas experiências de grupo. Fortaleza-Ceará, 2016.....	164

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDDHL	Centro de Defesa dos Direitos Humanos do Lagamar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DFH	Desenho da Figura Humana
ESF	Estratégia Saúde da Família
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EPDS	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LABPAS	Laboratório de Práticas Integrativas em Saúde
MISMEC	Movimento Integrado de Saúde Mental e Comunitária do Ceará
MPB	Música Popular Brasileira
MS	Ministério da Saúde
MSMC	Movimento de Saúde Mental Comunitária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa Saúde da Família
rev.	Revista

SR	Secretaria Regional
Sic	Contração do termo latim “sicut” que significa assim como é, exatamente dessa forma.
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consetimento Livre e Esclarecido
TAT	Teste da Apercepção Temática
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
trad.	Tradutor
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
ZEIS	Zona Especial de Interesse Social

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	27
2.1	Objetivo geral	27
2.2	Objetivos específicos	27
3	REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1	Políticas públicas no âmbito da saúde da mulher	28
3.2	A relevância de se trabalhar com grupos de gestantes no enfoque da saúde mental	34
3.3	A neurociência e as novas descobertas no âmbito materno-infantil	38
3.4	Representação da relação mãe-bebê-mundo por meio do desenho	42
3.5	Moldando sentimentos e buscando um sentido na gravidez	44
3.6	Proporcionando o apego e sentindo o cuidado na gestação	46
3.7	O despertar da maternagem pela música	50
3.8	A mãe suficientemente boa e o <i>holding</i> de Winnicott	52
3.9	A fenomenologia e o fenômeno maternal da rejeição	55
4	METODOLOGIA	58
4.1	Tipo de estudo	58
4.2	Local do estudo	59
4.3	Participantes do estudo	60
4.4	Etapas do desenvolvimento do estudo	61
4.4.1	<i>Caracterização das participantes</i>	61
4.4.2	<i>Desenvolvimento da tecnologia em cinco encontros grupais</i>	62
4.4.2.1	<i>Desenhando o vínculo</i>	62
4.4.2.2	<i>Projetando e moldando a vida</i>	64
4.4.2.3	<i>Cuidando da vida</i>	66
4.4.2.4	<i>Ouvindo o chamado</i>	67
4.4.2.5	<i>Presenciando o holding</i>	69
4.4.2.6	<i>Rituais de conotação positiva: partilhando a experiência</i>	70
4.4.3	<i>Avaliação dos encontros</i>	71
4.5	Análise dos dados	75
4.5.1	<i>Análise fenomenológica de Moustakas</i>	75

4.6	Procedimentos éticos	76
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	78
5.1	Perfil sociodemográfico das participantes.....	78
5.2	A construção do vínculo e cuidado na abordagem de grupo aos moldes da pesquisa-cuidado.....	86
5.2.1	<i>Aproximação com o objeto de estudo</i>	86
5.2.2	<i>Encontro com o ser pesquisado</i>	87
5.2.3	<i>Estabelecimento de conexões de pesquisa</i>	88
5.2.4	<i>Afastamento do ser pesquisador/cuidador e ser pesquisado/cuidado: a prática do epoché</i>	89
5.3	Captando a essência de cada encontro como um fenômeno	90
5.3.1	<i>Desenhando o vínculo: adentrando na subjetividade por meio do desenho</i>	90
5.3.2	<i>Projetando e moldando a vida: a gravidez como um sentido</i>	109
5.3.3	<i>Cuidando da vida: proporcionando o apego e sentindo o cuidado na gestação</i>	119
5.3.4	<i>Ouvindo o chamado: o despertar pela música</i>	125
5.3.5	<i>Presenciando o holding: o amor de uma mãe suficientemente boa</i>	132
5.4	Horizontalização das informações: categorizando unidades de significado relevantes como um fenômeno.....	143
5.4.1	<i>Mágoa: reflexos do desamor de uma mãe biológica não suficientemente boa</i>	143
5.4.2	<i>Desprezo: o fenômeno inesperado do abandono pelo companheiro</i>	146
5.4.3	<i>Rejeição: o fenômeno sombrio de negar a gravidez e o conceito</i>	148
5.4.4	<i>Aborto: o limite entre a vida e a morte</i>	151
5.4.5	<i>Ambivalência de sentimentos: equilíbrio entre a emoção e a razão</i>	154
5.4.6	<i>Resiliência: refletindo positivamente sobre a capacidade da aceitação</i>	155
5.4.7	<i>Aceitação: o resgate da maternagem como um fenômeno</i>	157
5.5	Avaliação da proposta de grupo.....	159
5.6	Reflexões do pesquisador captadas acerca do fenômeno da rejeição.....	166
5.7	Descrição textual: descrição narrativa da experiência da rejeição captada pelas participantes.....	168
5.8	Descrição estrutural: como foram experimentadas as experiências.....	170

5.9	Estrutura essencial invariante: essência das experiências captadas no fenômeno da rejeição.....	171
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	176
	REFERÊNCIAS	181
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES	194
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS DA TECNOLOGIA	196
	APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA TECNOLOGIA ..	197
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	198
	ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE DE FORTALEZA	200
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UFC/PROPESQ.....	201

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a mãe é um personagem essencial na formação e condução saudável da personalidade infantil. Seu relacionamento com o filho se inicia no começo da gestação, ao se deparar com o resultado positivo da gravidez, e pode se prolongar por toda a vida, dependendo da aceitação da maternidade.

Maldonado (1980) refere-se à gravidez como um dos períodos críticos de transição, biologicamente determinados e caracterizados por mudanças metabólicas complexas do ciclo vital da mulher; os outros são a adolescência e climatério. Salienta-se também não só as variáveis psicológicas e bioquímicas, merecendo destaque alguns quesitos socioeconômicos como fenômenos complexos que provocam mudanças significativas no contexto da maternidade e maternagem.

Stellin *et al.* (2011, p. 172) definem maternagem como o conjunto de “recursos psíquicos que uma mãe emprega para que seu filho se constitua como sujeito”. A partir desse conceito, entende-se função materna como um processo em constante construção, extremamente importante e diretamente proporcional aos processos de maturação psíquica de seu filho, pelas diferentes formas de cuidar, intimamente relacionado com todo processo psíquico envolto nesse contexto.

O contexto da rejeição depende de inúmeros fatores, porém, reforça-se a importância da aceitação do filho e a construção do vínculo desde a concepção. Esse aspecto positivo de adaptação e aceitação está diretamente relacionado na capacidade de a mulher conhecer seus limites, reações e impulsos, para proporcionar ao bebê, sobretudo durante o primeiro ano de vida, o melhor dos desenvolvimentos (MIELNIK, 1993).

Baseado nos referenciais teóricos do médico pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott Stellin (2011), destaca-se a importância da função materna como um processo construtivo, moldado psiquicamente no ambiente e nesta particularidade específica da relação mãe-filho, complementada por uma maternagem que promova uma atenção e cuidado mais diferenciado.

Esse modo de conviver deve ir bem além do cuidado de necessidades básicas ou uma manipulação física que supra as necessidades fisiológicas do bebê. De praxe, a mãe deve utilizar recursos psíquicos para que moldem positivamente ser gerado, constituindo-o um sujeito psicologicamente saudável.

Ao mesmo tempo, deve-se ser entendido que a imagem da maternidade não é algo totalmente perfeito, principalmente pelas inúmeras dificuldades que só uma mãe que convive

e passa diariamente com seu filho sabe relatar. Focar em um olhar diferenciado na maternidade e na maternagem é algo extremamente necessário para se evitar culpa, medo, preconceito e falsos julgamentos, típicos de uma cultura machista, ainda preponderante na sociedade atual.

No âmbito da atenção à gestante, um dos modos de assisti-las é utilizando a “abordagem centrada na pessoa”. Colocar-se no lugar dela, escutar seus relatos, sonhos, desejos e anseios de seu meio familiar e ambiental, perpassando por algo bem além de sua individualidade.

Essa abordagem foi desenvolvida em 1977 pelo psicólogo americano Carl Rogers que, mais especificamente no início de sua teoria, tinha como proposta o desenvolvimento de um sistema de mudanças na personalidade; mas em seguida, direcionou a mesma aos relacionamentos sociais, humanizando e condicionando o ser humano ao seu ambiente externo, aceitando e recebendo-o como ele é, e expressando afetos positivos em seu contexto de vida (MOREIRA, 2010).

Por meio de tal abordagem, é possível ter a permissão de adentrar na história de vida dessas mulheres, devido à amplitude dos seus contextos individual, familiar e social, nos quais os profissionais da atenção básica e demais áreas da saúde ou profissões afins estão inseridos.

Contrapondo-se ao saber científico médico-curativista, aos poucos é vivenciada a medicina centrada na pessoa, hoje bem presente na formação do médico de família. Isso tem transformado as diretrizes do método clínico, com objetivo significativo de contribuir com a humanização da assistência por meio de seus seis componentes interativos do processo de atendimento que são: “Explorando a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; incorporando prevenção e promoção de saúde; intensificando o relacionamento entre pessoa e médico; sendo realista” (STEWART *et al.*, 2010, p. 25).

No meio acadêmico da enfermagem, mais especificadamente nos anos noventa, destacou-se o surgimento da pesquisa-cuidado como uma proposta inovadora no eixo qualitativo, cuja abordagem se baseia em pesquisar e cuidar, valorizando e compreendendo melhor as vivências humanas e trazendo no meio científico um dos propósitos básicos da enfermagem que é o cuidado (NEVES; ZAGONEL, 2006).

Já na abordagem psicológica e filosófica, as inúmeras contribuições da investigação fenomenológica para se chegar às essências das experiências, em especial as experiências individuais vividas, descritas por Creswell (2014), quando dá ênfase ao método

de análise fenomenológica de Moustakas (1994), foram significativamente relevantes para se entender a lógica do fenômeno, do pensamento humano e do processo terapêutico do cuidar.

Quando os profissionais de saúde enfocam um pouco nessas abordagens e são inseridos em seu meio, vêm à tona inúmeras pesquisas e pensamentos críticos-reflexivos por meio dos quais a psicologia, a filosofia, a medicina, a enfermagem e outros saberes se debruçam em diversas pesquisas para encontrar soluções e superar entraves, na tentativa de gerar e propor mudanças positivas para melhoria da qualidade de vida das gestantes.

No ambiente da prática laboral, inserem-se em diversos programas, núcleos assistenciais e ações restritas a poucos embasamentos técnico-científicos das abordagens descritas anteriormente. Tais processos de trabalho, muitas vezes, estão limitados a um tempo reduzido de atendimento, devido às inúmeras demandas que interferem numa atenção adequada às gestantes, deixando-as ansiosas, inseguras ou com dúvidas devido ao pouco esclarecimento ofertado durante a consulta de pré-natal.

Essa atenção ineficaz pode ser explicada desde o fato do profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) dedicar pouco tempo para escutá-las amplamente durante o atendimento, até ser, muitas vezes, despreparado para realizar uma atividade de grupo que contemple demandas pendentes não observadas durante a assistência pré-natal. Algumas vezes, prefere ações de educação em saúde com propostas pedagógicas ultrapassadas, detidas em condutas de repetição, dissociadas das ações intersetoriais e do saber popular.

Em pesquisa realizada por Melo e Dantas (2012), confirma-se essa afirmação quando os autores verificaram que uma parte dos profissionais de saúde da ESF identifica as ações de promoção da saúde como o ato de prevenir doenças, dificultando a atuação destes profissionais em trabalhar quesitos complexos do que seja promover saúde. Tal conduta se justifica pela formação ineficiente desses trabalhadores, centrada mais especificamente na doença, como prática assistencialista e medicalizadora.

Atualmente, procuram-se meios para reverter esta prática assistencialista. Uma área que desenvolve outros modos de assistir é a saúde mental, a qual propõe mecanismos mais eficientes e humanizados nas atividades propostas pela atenção básica, principalmente com ações de educação permanente e popular. Na aplicação dessas ações, merece destaque a atuação do enfermeiro da ESF.

O enfermeiro da atenção básica ampliou sua prática de cuidar através de uma nova abordagem de atuação e intervenção comunitária, contrapondo-se ao saber científico médico-curativista ainda prevalente nos dias atuais. Um novo olhar na atuação da enfermagem foi instituído com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a consolidação da ESF com

mecanismos de mobilização social, ampliação de mecanismos de intervenção junto às comunidades, fomentando um pensamento crítico-reflexivo para novas formas de agir na prevenção de doenças e promoção à saúde (BACKES *et al.*, 2012).

Ferreira (2015) refere que o eixo dos cuidados em saúde mental propostos pela enfermagem compreende a sistemática do ouvir, proporcionando uma escuta qualificada da subjetividade e da integralidade da assistência. Esse modo é compreendido como tecnologia leve, atenta ao saber popular, dialogando e planejando em equipe, proporciona possibilidades criativas para se reinventar novas tecnologias ou modos de trabalhar o contexto amplo da mulher, durante suas etapas ou ciclos de vida.

Segundo Merhy e Chakkour (2006), a tecnologia leve é um modo de gerenciamento laboral das relações, extremamente necessária, tendo como ações a promoção da saúde, a prevenção de patologias e a recuperação da saúde, promovendo assim, uma das propostas essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS): a humanização no atendimento.

Partindo desse pressuposto, Moura *et al.* (2014) destacam a importância de inserir tecnologias leves na prática da ESF como propostas essenciais para ampliar o olhar dos profissionais na lógica da multidimensionalidade humana, proporcionando uma assistência humanizada direcionada ao cuidado, uma relação harmônica com o outro, estimulando reflexões sobre a necessidade de instituir mudanças significativas no processo de trabalho em saúde.

Além das tecnologias leves, reforça-se também a importância de se conhecer os reais motivos de uma gestação não planejada, instituindo melhor as ações de planejamento familiar dentro de um território específico, de acordo com cada realidade local.

Na prática laboral, além das ações de planejamento familiar, os profissionais que atuam na ESF devem lidar com os vários conceitos sobre saúde da mulher, captando concepções amplas sobre cidadania e direitos conquistados, quesitos relativos à sua dinamicidade e abordagens complexas que envolvem suas etapas de vida, em especial ao que se direciona à gestação e à maternagem.

Algo que despertou a percepção de muitos profissionais da atenção básica em lidar com esses eixos norteadores foi a inserção das capacitações no âmbito da saúde mental, mais especificamente com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria Ministerial nº 971 de 03 de maio de 2006. Essa portaria implementou as práticas alternativas ao cuidado em saúde no SUS, inserindo um conjunto significativo de tecnologias leves no contexto da ESF.

Desde o ano de 2007, algumas equipes de saúde da família do município de Fortaleza-Ceará vêm atuando com propostas de terapias complementares do SUS, instituindo tecnologias que auxiliam a promoção da saúde mental e o saber popular para uma melhor resiliência e qualidade de vida de sua população adstrita.

Após a implantação da PNPIC, o processo de enraizamento das terapias complementares do SUS se estruturou inicialmente em Fortaleza com três projetos: o Projeto Cirandas da Vida; o Projeto Quatro Varas e o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim. Todos inseriram novas tecnologias leves à Atenção Primária deste município, dentre elas a Terapia Comunitária Integrativa (TCI); o Cuidando do Cuidador; o Reiki; a massoterapia; dentre outros.

O projeto Quatro Varas tem seu histórico no bairro Pirambu, através do Movimento Integrado de Saúde Mental e Comunitária do Ceará (MISMEC). Tem como propulsores o professor da Universidade Federal do Ceará (UFC) Adalberto Barreto, criador da Terapia Comunitária Integrativa (TCI), e seu irmão Airton Barreto, advogado e coordenador do Centro de Direitos Humanos do Pirambu – Amor e Justiça, o qual é destinado a pessoas com direitos humanos violados.

A TCI tem como eixo principal o acolhimento e outras tecnologias leves, como o vínculo, o saber popular, a responsabilização e autonomia; onde todos têm o problema e a capacidade de superá-lo juntos; caracterizando-se assim, um importante serviço de promoção da saúde mental da atenção básica, promotora de humanização, vínculos e resiliência (ARRUDA, 2011).

O Projeto Cirandas da Vida, referência nas áreas de educação popular em Fortaleza-Ceará, foi criado em 2005. Surgiu por iniciativa dos movimentos populares existentes nesse município, em conjunto com a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS).

De acordo com Dantas *et al.* (2012), esse projeto proporcionou um passo amplo para o diálogo entre os grupos populares de forma compartilhada, instituindo a educação popular e as práticas integrativas e populares de cuidado como políticas públicas efetivas da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. O espaço principal de institucionalização dessas práticas fica na Universidade Estadual do Ceará (UECE), denominado Espaço Ekobé, que na linguagem tupi guarani significa “Espaço Vida”.

O Movimento de Saúde Mental Comunitária (MSMC) do Bom Jardim fortaleceu a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com as terapias complementares do SUS, numa experiência de cogestão

apoiada em abordagens psicossociais, integrando o saber científico ao saber popular. Tem como figura principal no seu processo de consolidação a presença edificante do padre e psiquiatra Rino Bonvini (BOSI *et al.*, 2012).

Outro eixo importante relacionado à saúde mental de Fortaleza foi a implementação do Matriciamento em Saúde Mental, instituído como um novo modo de produzir saúde. Em tal intervenção, duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criaram uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica a casos clínicos de sofrimento mental específicos no território. O matriciamento foi instituído como importante estratégia de educação permanente, aplicada com metodologias ativas para capacitar profissionais da ESF em saúde mental, através do Projeto Babel (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Portanto, com base nas ações e objetivos desses projetos, a lógica deste estudo é a soma de ideias estruturadas por meio do diálogo e colhidas nas capacitações e formações, a troca de saberes, o apoio e o vínculo aliados às práticas integrativas e complementares, como propostas de ferramentas de educação permanente no território de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza-Ceará. O compilado das ideias captadas nos cursos planejados e ministrados pelos projetos anteriormente citados fomentou uma abordagem do cuidado direcionada às gestantes, sendo inicialmente denominada “ *Holding na Gestaçã o*”. Assim, o tema “*holding*” foi planejado, nascido e vivenciado em grupos de gestantes.

De acordo com o estudo de Winnicott (1990), numa definição simples, *holding* significa um modo maternal de proteger, cuidar, acolher, abraçar, afagar ou sustentar a criança pelos braços, necessitando desse apoio, por ser vulnerável ou indefesa, incluindo a rotina completa de cuidados diários, proporcionados tanto de dia, como na noite, adequada a cada bebê.

Alguns objetivos da teoria winnicottiana foram inicialmente divulgados no Curso de Apoio Matricial em Saúde Mental para Atenção Primária, contido em um dos textos de estudo do Projeto Babel. Um pouco do seu referencial teórico foi utilizado, reformulado e direcionado para a realização de uma atividade de grupo com gestantes, no âmbito da saúde mental, no território de atuação do pesquisador deste estudo.

No decorrer de novas práticas, captando críticas e sugestões de especialistas, principalmente psicólogos, o tema “ *Holding na Gestaçã o*” foi reformulado por “Um novo olhar no cuidado com a gestaçã o”. Desde então, essa tecnologia leve começou a ser aplicada no território em questão.

Em termos gerais, a proposta deste estudo consistiu na elaboração de uma estratégia de cuidado durante a gestação, que pudesse fortalecer o vínculo mãe-filho-mundo, com abordagem direcionada a grupos de gestantes vulneráveis, principalmente no quesito psicológico, ambiental e social.

O termo mundo se refere ao ambiente ou território onde a gestante está vinculada; aos sujeitos que fazem parte do seu contexto de vida, aceitando-a ou rejeitando-a; aos quesitos culturais e religiosos envolvidos, dentre outros fatores que interagem positiva ou negativamente com a mesma.

A assistência terapêutica voltada para as gestantes, no ambiente complexo onde se inserem, tem como justificativa os relatos de insatisfação de algumas mulheres desse grupo específico, como narrativas da insatisfação na positividade do teste de gravidez; frequência significativa de aborto clandestino; abandonos de recém-nascidos ou transferência da maternidade para as avós; presença marcante de depressão puerperal; tratamento desumano de algumas mães perante seus filhos; e algumas situações de suicídio de mulheres ou infanticídios na área geográfica em estudo.

Mielnik (1993) descreve como é difícil para algumas mães demonstrar afeto a seus filhos, principalmente quando essas não receberam amor na infância. Perceber o bebê como um ser individual, seus sentimentos como um ser humano, com necessidades pessoais, destinado a viver futuramente por si mesmo, independente, autoconfiante e autorrealizado é algo extremamente importante que deve ser trabalhado permanentemente com mães mais carentes de afeto e que precisem de auxílio.

O tema em questão possui uma relevância significativa na ESF e, ao mesmo tempo, pela análise crítica do leitor, pode possuir aspectos inovadores nas abordagens de grupo em saúde mental que propiciem um resgate a maternagem; principalmente pela preocupação em desenvolver e despertar nas gestantes outros aspectos da gestação que envolvem vínculo, afeto e cuidado, tanto no contexto individual como coletivo, superando muitos paradigmas do modelo biomédico. Reforça-se, também, a abordagem sobre a temática trabalhada nesse grupo específico, destacando-se gestantes que rejeitam seu conceito, como prática inovadora, tendo em vista a escassez de artigos e literatura específica baseados nesse enfoque.

Desse modo, foi lançada a questão norteadora: As atividades propostas pela tecnologia leve “Um novo olhar no cuidado com a gestação”, despertam o pensamento crítico-reflexivo, percepções, sentimentos e emoções de gestantes sobre a maternagem e maternidade, fortalecendo o vínculo da tríade mãe-bebê-mundo?

A resposta para essa indagação foi construída a cada vivência proposta. Ao mesmo tempo, cada narrativa ou imagem destacada nos convida a refletir sobre nossa conduta como profissionais da atenção básica, num chamado de mudança para que nossos atos e ações não se percam a um descaso para com essa população específica.

Incluir humanização na assistência e qualidade da atenção em saúde nesse contexto é condição essencial para que as ações de saúde se traduzam em resolução dos problemas identificados de acordo com suas demandas, promovendo satisfação das usuárias e instituindo o fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas necessidades, tanto no reconhecimento e reivindicação de seus direitos, como na promoção do autocuidado, para que o vínculo mãe e filho nunca se percam com o tempo (BRASIL, 2011a).

Pensar no ambiente onde esse processo está sendo moldado é algo de grande importância, principalmente porque a díade mãe-bebê está diretamente relacionada ao mundo complexo onde todos convivem. Sendo assim, observa-se a necessidade de fortalecer a resiliência da gestante e melhorar o vínculo da tríade mãe-bebê-mundo, sob um olhar atento do profissional da ESF.

Refletindo-se neste contexto, Lejarraga (2012) descreve que as patologias relacionadas à mente, ditas como contemporâneas, dentre elas a depressão, examinadas a partir da teoria winnicottiana, encontram suas causas principais em falhas ambientais no início da vida, como déficits nos cuidados de uma mãe não suficientemente boa, que não nutriu adequadamente seu filho de amor, sentimento essencial no relacionamento harmônico mãe-filho.

Ao compreender essa lógica, partindo de um pressuposto em que o amor pode fortalecer, potencializar e integrar-se a outros sentimentos bons, tudo fica mais claro e compreensível. Porém, deve-se partir de um problema e captar seu sentido, para se buscar encontrar os reais motivos da dor e sofrimento que possam induzir uma das maiores rejeições do mundo: A rejeição mãe-filho.

Lidar com esse tipo de rejeição não é uma tarefa tão fácil para o profissional de saúde e, ao mesmo tempo, todo o fenômeno que envolve esse contexto deve ser refletido, pois a maternidade em si não corresponde a toda aquela perfeição que tanto vitimiza a mulher, forçando-a a ser uma mãe perfeita, sem levar em consideração o ambiente e os processos de maturação em que foi inserida desde sua infância.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver uma tecnologia leve aplicada a gestantes vulneráveis à rejeição da gravidez e conceito, buscando fortalecer o vínculo mãe-filho-mundo.

2.2 Objetivos Específicos

- Delinear o perfil sociodemográfico e gestacional das participantes;
- Estabelecer relações de cuidado com as gestantes durante a aplicação da tecnologia leve;
- Compreender os significados do fenômeno da rejeição por parte das gestantes durante a relação do cuidar;
- Avaliar resultados das vivências proposta nas atividades de grupo como facilitador do vínculo mãe-filho-mundo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas públicas no âmbito da saúde da mulher

Historicamente os vários conceitos sobre saúde da mulher perpassam por concepções bem restritas no que diz respeito à sua dinamicidade e complexidade, com abordagens baseadas apenas em aspectos da anatomia e biologia do corpo feminino, onde direitos e deveres eram minimamente respeitados, numa perspectiva de atenção em saúde plenamente reducionista (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011a; GARCIA *et al.*, 2013).

Nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, porém, de forma restrita, sendo limitada a questões de gestação, maternidade e parto. Um dos primeiros programas materno-infantis, elaborados entre as décadas de 30 a 70, traduziam uma visão bem restrita da mulher, com base em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e dona do lar, cuja função era gestar, parir, educar sua prole, idealizando assim, a imagem machista da mãe exemplar (BRASIL, 2004; GARCIA *et al.*, 2013).

Em meados do início da Segunda Guerra Mundial, destaca-se a figura do médico inglês Donald Winnicott, que trabalhou como consultor psiquiátrico do governo britânico atendendo crianças vítimas da guerra, separadas de seus pais durante as evacuações das cidades por bombardeios. As experiências captadas de suas pesquisas fizeram delinear trabalhos e teorias sobre o papel da mãe na construção do sujeito (PINTO, 2007).

Abadi (1998) *apud* Mello *et al.* (2012, p. 939) descreve que: “os estudos e conceitos winnicottianos exploram um modo particular de pensar as primeiras relações da vida do ser humano e sua constituição vinculada aos cuidados maternos, abordam a importância da pessoa e do ambiente para o desenvolvimento infantil [...]”.

Nessa mesma época o psicólogo, psiquiatra e psicanalista inglês John Bowlby, também abordou em sua pesquisa alguns quesitos de desestruturação do vínculo relacionados aos eventos da guerra em crianças separadas de seus familiares, elaborando a teoria do apego. Essa teoria consistia num modelo psicológico que possibilitou elucidar tanto o desenvolvimento normal, quanto condições psicopatológicas da mente humana, demonstrando os efeitos nocivos da separação de pessoas na tenra infância especificando que as experiências afetivas seriam essenciais para a criança desenvolver habilidades essenciais para lidar com os diversos desafios cotidianos em suas fases de vida, principalmente na idade adulta (GOMES, 2011).

Essa teoria impulsionou outras pesquisas relacionando o apego infantil com vínculos moldados na vida adulta, trouxe aspectos benéficos sobre processos de criação e educação infantil, melhorou o processo de trabalho nas instituições que acolhiam crianças (creches), bem como auxiliou em alternativas de adoção (COLLIN, 2012).

No mesmo período da Segunda Guerra Mundial, Araújo *et al.* (2008) destacaram a figura de Victor Frankl, neurologista e psiquiatra austríaco, criador da logoterapia, técnica que teve como essência mecanismos que proporcionam uma busca de sentido para enfrentar e superar as dificuldades advindas do sofrimento psíquico, com métodos e abordagens diferenciados da psicanálise.

No ano de 1975, foi patrocinada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a Conferência do Ano Internacional da Mulher, sediada na cidade do México, com o debate de três temas centrais: igualdade entre os sexos, integração da mulher no desenvolvimento e a promoção da paz. Esse evento foi um acontecimento importante na luta pelos direitos feministas, minimizando muitos paradigmas estigmatizantes e machistas. No impulso desta Conferência, os anos de 1976 a 1985 foram declarados a Década da Mulher (MARTINHAGO, 2014).

Também em 1975, foi criado no Brasil o Programa Materno-infantil, que continha protocolos e delineamentos gerais sobre proteção e assistência a díade mãe-filho e atenção específica ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. Esse programa impactou infimamente nos indicadores de saúde da mulher, porém não obteve o êxito esperado, devido à significativa vulnerabilidade política, principalmente pela atuação de organismos internacionais controlistas, reducionistas e parasitários, que verticalizavam, desarticulavam e fragmentavam as ações propostas, atuando em seu benefício próprio (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c).

A década de oitenta marcou o auge do movimento feminista, com lutas e muitas conquistas aliadas às ideias que impulsionavam a reforma sanitária no Brasil. Tal período se caracterizou por manifestações, debates e duras críticas ao modelo de atenção em saúde vigente, principalmente por sua postura fragmentada e reducionista aos direitos da mulher. Nessa década, especificamente em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo protocolos que destinavam a atenção à saúde feminina unicamente voltada à relação materno-infantil. Desde então, essa assistência foi incorporada em todos os ciclos e etapas da vida da mulher (BRASIL, 2011a).

Dentre os avanços do PAISM, destacaram-se: maior garantia de direitos sexuais e reprodutivos, humanização na assistência a mulher, luta contra desigualdades de gênero,

maior atenção ao ciclo gravídico puerperal, assistência às doenças ginecológicas prevalentes, prevenção de neoplasias de mama e colo uterino e tratamento de IST (priorizando a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS), assistência ao climatério, assistência às mulheres vítimas de violência, e a promoção da atenção à saúde em segmentos específicos, como as mulheres que viviam em situação prisional (MEDEIROS e GUARESCHI, 2009).

Na década de noventa, merece destaque a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1990, inspirado em experiências exitosas iniciadas em 1987 no Ceará, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Médico de Família implantado no ano de 1992 em Niterói-RJ (SOUSA *et al.*, 2011).

A partir de 2006, o PSF deixou de ser um programa do Ministério da Saúde (MS) e passou a ser considerado uma estratégia para reorganizar a assistência. Desde então, deixou de ser um modelo assistencialista pautado na cura das doenças e passou a atuar com práticas sanitárias e gerenciais participativas/democráticas, integrado por redes sociais, com atuação de uma equipe de saúde num território adscrito, pautando seu atendimento de acordo com os princípios do SUS (CORDOBA, 2013; SOUSA *et al.*, 2011).

Em termos de participação social e empoderamento, Sousa *et al.* (2011, p. 121) descrevem que: “a Estratégia Saúde da Família visa o fortalecimento do espaço de poder local, expandindo a atuação além da assistência, encontrando no território a possibilidade de organização e participação de seus diferentes atores”.

Inserido nesse território, o profissional de saúde é um componente fundamental na promoção da saúde deste ambiente. O mesmo deve conhecer os inúmeros determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que interferem na qualidade de vida e condições de saúde da sua população assistida, objetivando articular com outros setores, mecanismos que proporcionem a resolutividade desses problemas (MELO; DANTAS, 2012).

Numa proposta desafiadora, todos os profissionais que compõem a ESF devem trazer consigo um novo modo e visão de se fazer saúde, integrando aspectos direcionados à promoção da saúde e à qualidade de vida. A respeito dessa temática, Araújo *et al.* (2011) e Melo; Dantas (2012) remetem a uma crítica reflexiva no que se refere à formação restrita do profissional de saúde, muitas vezes embasada num modelo fragmentado embasado na doença, formados numa educação centrada no conhecimento teórico-técnico, em detrimento das dimensões práticas e vivenciais que perpassam o processo de ensino-aprendizagem, desconhecendo até mesmo o real contexto de promoção da saúde.

Como iniciativas para se mudar esse novo perfil profissional e resgatar os reais papéis da equipe da ESF, Melo e Dantas (2012) reforçam a necessidade de se implementar

ações de educação permanente em promoção da saúde, com grades curriculares que incluem essa temática, em especial nos cursos de especialização, residências multiprofissionais, mestrados profissionais e outras capacitações, pois muitos profissionais da ESF confundem ou têm pouco conhecimento acerca do significado desse tema.

Mesmo com determinados vieses, é inegável que no eixo da assistência à mulher, a ESF adentrou nos territórios mais longínquos do Brasil, suscitando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, proporcionando, assim, uma melhora significativa nos indicadores de saúde materno-infantil, expressa nas informações do Ministério da Saúde, como a redução da mortalidade materna e infantil, controle das doenças imunopreveníveis pela vacinação, melhor acompanhamento à gestante e à puérpera, ampliação nas ações de planejamento reprodutivo, dentre outras ações (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2011d).

Vale salientar que, em 1990, a razão de morte infantil era de 47,1 por mil nascidos vivos, e a mortalidade materna era de 140 por mil nascidos vivos. Já em 2011, com a consolidação da ESF, o Ministério da Saúde divulgou uma redução satisfatória desses indicadores com a razão de mortalidade infantil de 16 por mil nascidos vivos e uma estimativa de 69 mortes maternas por mil nascidos vivos (BRASIL, 2011d).

Alguns anos após a criação da ESF, Freitas *et al.* (2009) destacam a proposta de promoção da saúde implementada em 2004 pela Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), visando humanizar a assistência, respeitar a autonomia, minimizar índices de morbidade e mortalidade por causas evitáveis e reduzir iniquidades existentes no atendimento à mulher, com propostas significativas não contempladas em políticas anteriores.

Dentre outros documentos, portarias e normatizações que fortaleceram o trabalho da ESF e beneficiaram as ações de saúde da mulher, destacam-se também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e as diretrizes do Pacto pela Saúde, publicado na portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. No contexto da saúde da mulher, tal pacto tinha como objetivos principais controlar os casos de câncer de colo de útero e mama e reduzir a mortalidade materna (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é outro item que merece ser destacado. Esta política surge como resultado da experiência acumulada no contexto histórico do SUS que proporcionou mais investimentos à atenção primária, fortalecendo redes de apoio,

ampliando ações intersetoriais de promoção da saúde, universalizando e proporcionando uma resolubilidade na assistência e nas ações de saúde da mulher. Vale reforçar que as discussões para alcançar seu formato final, fundamentaram-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social preconizados pelo SUS (BRASIL, 2006b).

Outro mecanismo que fortaleceu as ações da ESF no âmbito da saúde da mulher foi a Rede Cegonha, instituída como proposta de humanizar o atendimento à gestante e à puérpera, num processo de qualificação das redes de atenção materno-infantil no âmbito do Sistema Único de Saúde, de acordo com a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Essa portaria fortaleceu a ampliação do acesso às ações em planejamento reprodutivo, melhoria da qualidade do pré-natal e a humanização do parto como uma das ferramentas para fortalecer a atenção à saúde das mulheres em idade fértil (GIOVANNI, 2013).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a consulta do profissional enfermeiro no pré-natal de baixo risco, na rede básica de saúde, está garantida na lei do exercício profissional do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 1987 (BRASIL, 2013a).

Além do conhecimento técnico e científico, o enfermeiro deve mostrar interesse pela gestante e seu ambiente, proporcionando escuta ativa em suas queixas, preocupações e angústias durante as consultas de sua responsabilidade e, se possível, inserir ações dialógicas de educação em saúde propostas nos grupos de gestantes. O mesmo também pode preparar suficientemente a mãe, tanto na fase gestacional, como no momento do parto (fase que exige conhecimento, tranquilidade e segurança) e puerpério, para que essa perceba um novo olhar para a maternagem, lidando melhor com seus conflitos e aceitando de modo mais seguro e afetivo sua maternidade (BRASIL, 2013a).

Araújo *et al.* (2010) destacaram que, em algumas situações, os profissionais enfermeiros não realizam atendimentos de pré-natal conforme normas e diretrizes estabelecidas, levando um déficit na qualidade da consulta. Tais resultados remetem a uma melhor conscientização da equipe de enfermagem para que a qualidade da assistência seja significativa.

No eixo da saúde mental merece destaque a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos CAPS e a portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental no âmbito do SUS. Ambas as portarias implementaram a rede de apoio em saúde mental para as

equipes da ESF, ampliando e articulando eixos específicos de referência em saúde mental (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011b).

As ações de matriciamento em saúde mental integraram uma proposta de apoio à atenção primária, produzindo um cuidado colaborativo entre essas equipes nos dois eixos de saúde. Nessa proposta, os profissionais da atenção básica têm o apoio de especialistas em saúde mental, proporcionando melhor condução de casos clínicos mais atenuantes, dentre esses, casos severos de depressão puerperal (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

De praxe, essas portarias, pactos e normatizações, mesmo com suas vulnerabilidades, fortaleceram consideravelmente as ações em saúde da mulher, em especial o que se propõe a saúde materna e puerperal a partir do século XX, com melhoria de alguns indicadores de saúde, dentre eles a redução da morbimortalidade materna e infantil. Porém, apesar dos pontos positivos descritos, ainda se vivenciam no Brasil muitas situações que envolvem fragilidades no setor saúde, afetando diretamente todo o contexto do processo saúde-doença da mulher. Em termos gerais, o monitoramento contínuo destes indicadores é algo extremamente importante (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2011a; GIOVANNI, 2013).

Da mesma forma que alguns programas relacionados à saúde da mulher tem suas vulnerabilidades, outros programas como os de atenção à saúde da criança, objetivavam especificamente o controle da mortalidade infantil, visando somente a assistência clínica por meio de puericultura, imunização e outras ações dissociadas de uma atenção mais específica ao contexto de saúde mental (MELLO *et al.*, 2012).

Além das fragilidades descritas nas ações de saúde mental relacionadas à gestante, puérpera e criança, também merece destaque as consultas restritas à clínica no âmbito do pré-natal, puerpério e puericultura, bem como os déficits de ações coletivas aplicados nos grupos de educação em saúde.

Subtendendo-se que a consulta de pré-natal é um dos trâmites principais para se obter indicadores de saúde satisfatórios; Moura, Fernandes e Apolinário (2011) apontam a necessidade de se refletir a partir de uma assistência pré-natal ideal, não se detendo somente aos aspectos fisiológicos e biológicos da mãe, mas também abrangendo seu estado psíquico. Sendo assim, a equipe de saúde deve proporcionar uma rede de apoio que favoreça o enfrentamento dos entraves encontrados, esclarecendo dialogicamente os atores envolvidos no ambiente familiar e social dessa mulher, fomentando informações essenciais sobre os transtornos psiquiátricos mais comuns durante o ciclo reprodutivo nos quesitos de atenção, controle e empoderamento.

Valença e Germano (2010) complementam esta mesma lógica de pensamento, descrevendo que a gravidez e o puerpério são fases que vulnerabilizam psicologicamente a mulher, principalmente devido às diversas transformações de ordem biopsicossocial vivenciadas. Entender as bases fisiológicas e psicológicas desse processo e disponibilizar uma rede de apoio que auxilie a gestante na prevenção de transtornos mentais do ciclo gravídico puerperal são quesitos essenciais para se evitar transtornos mentais nessas fases de vida da mulher.

Caso as ações de promoção da saúde e a rede de apoio sejam frágeis, Valença e Germano (2010, p. 138) descrevem que: “o pré-natal pode representar a única oportunidade de assistência contínua à saúde, sobretudo nas mulheres de baixa condição socioeconômica”. Esses pesquisadores defendem a necessidade dos trabalhadores de saúde atuarem de forma ativa, criativa, humanizada, reflexiva e resolutiva, propondo tecnologias leves que fomentem o bem-estar da gestante, do seu filho e de todo ambiente onde estão inseridos.

3.2 A relevância de se trabalhar com grupos de gestantes no enfoque da saúde mental

Um dos mecanismos efetivos que complementam a assistência pré-natal é a implementação de práticas educativas propostas em grupos de gestantes. Trabalhar com grupos de gestantes, fortalecendo esse momento coletivo como um encontro esclarecedor de dúvidas e proporcionando um maior suporte emocional às gestantes, principalmente as que não foram bem esclarecidas durante o pré-natal, é uma proposta extremamente relevante (BRASIL, 2013a).

Assistir famílias e propor um cuidado integral que forneça suporte emocional à gestante e a seu filho com ações de saúde mental preventivas é algo essencial nos dias atuais, principalmente pela incidência significativa de transtornos mentais na atenção básica. De acordo com essas propostas de prevenção, Chiaverini *et al.* (2011, p. 91) descrevem:

A prevenção em saúde mental começa no cuidado com a gestante e com mãe e filho após o parto. As funções materna e paterna são uma necessidade humana para o desenvolvimento das potencialidades genéticas e culturais que carregamos – funções que dificilmente estarão presentes em famílias disfuncionais e que precisarão de ajuda nesse processo de construção de um ambiente adequado ao desenvolvimento pessoal e afetivo.

Falhas nesses quesitos preventivos podem induzir à depressão puerperal, patologia presente na atenção básica e descrita numa revisão sistemática de Lobato, Moraes e Reichenheim (2011) em 14 estudos conduzidos em unidades básicas de saúde da ESF. Nessa pesquisa, os autores observaram uma prevalência entre 30 e 40% de depressão puerperal na

atenção primária, enquanto pesquisas que incluíram amostras de base populacional e populações de unidades hospitalares terciárias revelaram uma prevalência bem menor em cerca de 20%. A prevalência mais frequente na atenção básica pode estar relacionada à longitudinalidade da assistência, com maior proximidade ou vínculo com as participantes pesquisadas, facilitando o diagnóstico, o acompanhamento e uma referência oportuna.

Sabendo que a depressão tem interação com adolescentes grávidas, Pereira *et al.* (2010) relatam que a mesma está associada a diversos fatores de risco, dentre esses maus tratos durante a vida. Partindo desse pressuposto, o profissional de saúde deve investigar os fatores de risco e o tratamento mais adequado, implementando uma rotina ou protocolo a ser adotado na consulta de pré-natal e referenciando os casos mais graves aos serviços especializados.

Estudos que associam problemas graves no eixo de saúde mental, como a depressão e psicose puerperal, descrevem prejuízos significativos à saúde do bebê e da mãe que sofre psiquicamente dessas patologias. Algo que também é de extrema relevância, por afetar e vulnerabilizar a saúde mental do bebê, é a exposição a substâncias tóxicas por parte da gestante (BRASIL, 2013).

Um dos instrumentos que podem ser utilizados para auxiliar no diagnóstico de depressão pós-parto ou puerperal é a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Silva (2013), em seu estudo exploratório-descritivo aplicado na atenção básica com 16 puérperas acompanhadas em consulta de puericultura na ESF, observou a importância da aplicabilidade dessa escala, instigando alguns pensamentos críticos e reflexivos para o diagnóstico precoce e oportuno por parte do enfermeiro para depressão puerperal. Esse estudo propôs uma intervenção adequada antes que fatores de riscos mais relevantes, decorrentes da depressão puerperal, pudessem advir (SILVA, 2013).

Outro fator que se relaciona à depressão puerperal e que impacta negativamente na qualidade de vida da gestante e puérpera é a violência obstétrica. A mesma é subtendida como todo ato desumano, medicalizador e gerador de adoecimento, praticado por profissionais de saúde que ofendam verbal, física ou psicologicamente grávidas durante a gestação, trabalho de parto, pós-parto ou situação de abortamento, incidindo, assim, na perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidirem livremente sobre seus corpos e sua sexualidade (BRASIL, 2015).

Andrade e Aggio (2014) descrevem em sua pesquisa relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica e que, em sua maioria, desconsideraram o ato sofrido como violento. Talvez por estarem envoltas de um momento de emoção da chegada do filho, muitas

se calaram perante o problema, subnotificando os atos praticados e assumindo uma postura submissa e passiva de sua dor e sofrimento.

O estudo de Rodrigues *et al.* (2014) destacou a violência contra gestantes proporcionada pelo parceiro íntimo, quando avaliou os relatos de 232 mulheres durante a consulta de pré-natal de uma maternidade pública. Nessa pesquisa, 15,5% das participantes sofreram violência do seu companheiro, sendo mais frequente a violência psicológica, presente em 14,7% dos casos.

Audi *et al.* (2008) também destacam que a alta prevalência de violência doméstica praticada pelo parceiro íntimo, durante sua gestação, pode trazer sérias consequências à saúde da gestante e do concepto. O mesmo autor reforça que o fato do parceiro íntimo ingerir bebida alcoólica ou usar drogas ilícitas constitui um fator de risco para a gestante sofrer algum ato violento.

Quanto aos diversos modos de violência praticadas durante a gravidez, Campelo (2013) sugere a necessidade da adoção de medidas preventivas pertinentes, principalmente para que complicações mais atenuantes não aconteçam tanto na gestação como no puerpério. É, portanto, extremamente necessário dialogar com as redes de apoio, notificar os casos às autoridades competentes e fornecer um suporte adequado e resiliente às gestantes.

Instituir mecanismos para identificar, abordar e atuar frente a essa problemática é um fator essencial que deve ser instituído no contexto de atenção à saúde, em especial na atenção primária. Vulnerabilidades nos contextos das condições socioeconômicas, culturais e demográficas também merecem atenção (AUDI *et al.*, 2008).

O contexto da gravidez não desejada foi considerado um fator de vulnerabilidade à violência sofrida pela gestante por parte do parceiro. Apesar de vários estudos demonstrarem que a violência do parceiro íntimo é um fator impactante na saúde materna e neonatal, no estudo de Rodrigues *et al.* (2014), não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis investigadas, bem como repercussões obstétricas e neonatais negativas relacionadas à violência do cônjuge.

Apesar de convergências e divergências a respeito do tema, bem como algumas controvérsias existentes na literatura, os mesmos autores descrevem que mais pesquisas são necessárias para elucidar essa relação, enfocando situações de resiliência e formas de enfrentamento da mulher para superar e evitar tais agressões.

Partindo do pressuposto da díade do casal e o vínculo afetivo entre mãe-filho, Gutierrez, Castro e Pontes (2011) destacam que esse vínculo pode se vulnerabilizar e ser interferido de acordo com o modo como o casal se relaciona; com as vivências psicológicas

da mãe e do pai, marcadas por suas histórias de vida; e com os primeiros cuidados prestados ao bebê no ambiente proporcionado pelo casal.

No contexto da ESF, verificam-se outros fatores que podem interferir direta e indiretamente no vínculo mãe-filho, dentre esses se destacam quesitos ambientais e relacionais que atuam modificando cada vez mais a atual conjuntura da família nuclear.

A definição de família nuclear existe desde os tempos remotos, porém, com a elevação significativa das taxas de divórcio e outros fatores, observa-se cada vez mais uma remodelagem da família atual, com presença marcante das famílias mistas, onde é comum a criança ser criada somente pela mãe, avós ou pai. Nas estimativas norte-americanas, em média 40% dos bebês americanos são concebidos por mulheres solteiras. Desse total, mais de 4,5 milhões de bebês americanos estão sendo criados por avós biológicos e não pelos pais biológicos (MEDINA, 2013).

De acordo com informações do jornal folha de São Paulo, compiladas no artigo de Vettorazzo e Bôas (2015), cresce cada vez mais o número de mulheres chefes de família no Brasil. De 2004 a 2014, o Brasil teve um aumento de 67% de famílias chefiadas por mulheres. Somente no intervalo de um ano, o total de 1,4 milhão de brasileiras passou a exercer essa função. Essa informação fortalece cada vez mais as remodelagens da família, com os novos papéis exercidos pelas mulheres tanto na família como na sociedade.

O processo relevante da adaptação da mulher em eixos econômicos significativos da sociedade, assumindo novos papéis, não modificou muitas situações de desigualdades de gênero, classe, raça e sexualidade advinda preteritamente das sociedades patriarcais, imbricada a um sistema de interesse capitalista. Atualmente, ainda existem situações de dominação e submissão entre homens e mulheres, dentre essas a violência de gênero, onde muitos homens ainda não aceitam essa emancipação feminina e agem com diversas atitudes violentas quando se sentem ameaçados ou colocados numa posição de submissão (CUNHA, 2014).

Mello *et al.* (2012) destacam que, no contexto da Atenção Primária em Saúde, conhecer as demandas e aspectos do cotidiano do cuidado materno é um fator preponderante para proporcionar suporte às mães e famílias que vivenciam e relatam ansiedades, dúvidas, violência, medos e demais problemas que advém do ambiente de cuidado com seu filho. Compreender e aprender a linguagem materna por meios de suas experiências vividas, preocupações, anseios e responsabilidades, deve ser encarado, analisado e refletido como uma proposta imprescindível às reais necessidades de projetos terapêuticos e ações pertinentes ao cuidado com a saúde de sua prole, em especial de modo qualificado e humanizado.

As contribuições e sugestões de profissionais psicólogos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Universidade Unichristus, aliadas às inúmeras capacitações no eixo da saúde mental, resgatando temas relevantes em desenhoterapia, logoterapia, musicoterapia, massoterapia, arteterapia, terapia comunitária e alguns referenciais teóricos em psicologia nos estudos de Winnicott, Bowlby, Victor Frankl e Sigmund Freud, abordados de modo separado, devido às suas respectivas linhas de pensamento discordantes, proporcionaram um melhor entendimento das ideias deste estudo. Principalmente quanto à importância do vínculo e interação entre mãe-bebê, resgatando estruturas psicanalíticas essenciais para se entender a psique de uma mãe vulnerável psicologicamente, que precisa de uma estrutura emocional resiliente e motivadora para superar determinados desafios.

3.3 A neurociência e as novas descobertas no âmbito materno-infantil

Além desses temas em questão, destaca-se também alguns estudos em neurociência descritos por Medina (2013) que resgata, de modo compilado, pesquisas recentes nesta área da mente relacionada ao funcionamento do cérebro na primeira infância, podendo auxiliar mães, desde a concepção, na difícil tarefa de cuidar do seu filho. Em seu livro “A Ciência dos Bebês”, reforça que o desenvolvimento de atividades cerebrais no bebê pode ser afetado principalmente pelo estresse da gestante. Outro fator relevante confirmado em sua hipótese nas pesquisas de neurociência é que casais que se relacionam harmonicamente, com segurança e captando felicidade, tendem a gerar um bebê seguro, feliz e inteligente.

Outros eventos fisiológicos estudados pela neurociência desde a concepção e nascimento de uma criança destacam fatores ambientais que se interrelacionam e têm forte interferência no desenvolvimento cerebral desde o início da vida embrionária, atuando nos genes com que nascemos, até a formação da personalidade, interferindo na conduta, predileção, talento e outros fatores subjetivos, deixando impressões permanentes em nossa *psique* (VERNY; WEINTRAUB, 2014).

Verny e Weintraub (2014) destacam a importância de um ambiente que transmita tranquilidade no período gestacional para que o processo de maturação do feto no útero seja satisfatório; principalmente na segunda metade da gravidez, período no qual o feto começa a demonstrar mais sensibilidade em relação às influências externas, inclusive as dos pais, em virtude do predomínio da sinaptogênese. Reduzir o estresse durante a gravidez, evitar situações de violência, participar de cursos pré-natais e abster-se de drogas lícitas como álcool, tabaco e outras mais prejudiciais são orientações pertinentes desses autores.

Reforçando essas afirmativas, Medina (2013) descreve que o estresse intenso e persistente da mãe durante a gravidez pode reduzir o tamanho do cérebro do bebê, afetando seu QI, tornando-o mais agressivo, difícil de consolar, e influenciando de forma significativa em determinadas habilidades motoras e cognitivas do mesmo.

Outros estudos documentaram o potencial risco de problemas permanentes para crianças expostas no útero a estresse, ansiedade e depressão excessivos por parte da mãe. Van Den Bergh (1990) demonstrou que gestantes estressadas têm maior probabilidade de gerar bebês hiperativos, com problemas de motricidade e déficits de atenção em comparação a mães calmas.

McCarty (2013) relata que a utilização das tecnologias de neuroimagem ajudou, de forma significativa, muitos estudos de neurociência afetiva, principalmente no ramo da psicologia pré-natal e perinatal, a respeito da compreensão dos bebês, teorias sobre a formação de vínculos afetivos ou da violação desses, fomentando noções do papel relacional da díade mãe-bebê ou do cuidador com seu bebê.

Em um estudo longitudinal de Luby *et al.* (2016) com 127 pré-escolares avaliados anualmente por meio da ressonância magnética cerebral, verificou-se os efeitos de apoio materno pré-escolar e em idade escolar sobre os volumes do hipocampo. Aqueles com níveis mais elevados de afeto e apoio materno pré-escolar tiveram o volume do hipocampo aumentado 2,06 mais. Os resultados dessa pesquisa demonstraram a importância do apoio materno infantil no crescimento do volume do hipocampo através da idade escolar e adolescência. Essa pesquisa trouxe resultados significativos e surpreendentes na área da neurociência sobre a importância do apoio e vínculo materno na condução saudável da *psique* do filho.

Ohki (2009) descreve que, na interação entre neurociência e psicanálise, permeia a experiência humana mediada biologicamente e geneticamente pelo processo evolutivo da interação dos trilhões de neurônios do nosso sistema nervoso central e, psicologicamente, na moldagem dessa estrutura, permeada pelas relações interpessoais, o meio ambiente onde acontece essa interação e nas diversas formas de criação e vínculos.

Captando o conhecimento e paradigma da psicologia e aliando-o à filosofia, têm-se uma nova *estrutura* de pensamento que surge a partir da essência de determinadas experiências. Muitos pesquisadores abordam a estratégia fenomenológica através do método que capta as experiências dos participantes da pesquisa e a forma como essa experiência é sentida, percebida e expressa através de diálogos (DENZIN; LINCOLN, 1994, apud CRESWELL, 2014).

Um dos estudos que mais se adéqua no registro de expressões e sentimentos é o estudo fenomenológico. Uma característica primordial do mesmo é a descrição do significado comum das experiências de um fenômeno por vários indivíduos. Esse fenômeno é definido como um conceito central examinado pelos fenomenologistas e experimentado pelos participantes de um estudo em que se incluem conceitos psicológicos como amor, inveja, raiva e perdão (CRESWELL, 2014).

Captar um pouco da essência desses saberes e aliá-los ao processo terapêutico do cuidar pela enfermagem em saúde mental, adentrando numa linha de pesquisa um pouco além dessa ciência. Além disso, adequar e adaptar o compilado desse conhecimento com o saber popular, no intuito de entender mecanismos de rejeição e vínculo na tríade mãe-bebê-mundo como um fenômeno, foi uma experiência amplamente enriquecedora.

Esse novo olhar no cuidado com a gestação foi conduzido por vivências de grupo com atividades lúdicas e dialógicas captadas por um referencial teórico amplo, sendo proporcionadas pelo desenho e massa de modelar a construção de uma consciência plena e responsável proposta pela logoterapia. Os benefícios direcionados à mãe e estendidos ao bebê pela massagem, a influência da música no vínculo mãe-bebê, alguns aspectos da teoria do apego e a visão winnicottiana sobre o ambiente dessa díade, no *holding* e na lógica da mãe suficientemente boa. As essências das experiências vividas foram captadas nos rituais de conotação positiva extraídos nos referenciais teóricos da TCI (ANDRADE, 2008; BARRETO, 2008; BOWLBY, 1982; FRANKL, 2008; POCINHO, 2011; WINNICOTT, 2011).

Partindo desses mesmos preceitos, uma vasta literatura reforça a importância de se trabalhar com grupos. Dentre alguns autores, Costa *et al.* (2010) sugerem a formação de grupos de gestantes e as rodas de TCI, para esse público específico, como um espaço de compartilhamento de saberes e auxílio mútuo.

Barboza (2009) destaca a ausência de um espaço adequado para que a gestante expresse seus anseios, sentimentos, vivências, experiências e percepções das mudanças proporcionadas no interior do seu ser, principalmente nos quesitos fisiológicos, psicoemocionais e ambientais proporcionados pela gestação.

Ferman (2009) reforça a importância de se encontrar um ambiente propício para que haja a inserção de familiares ou pessoas que representem alguém significativo para essas gestantes, proporcionando um espaço de apoio e escuta de conflitos, medos, receios ou problemas internos.

Propondo a devida relevância ao trabalho de grupo, Souza e Fraga (2011) destacam que, no Brasil, esse trabalho é desenvolvido e praticado por diversas profissões. Sua coordenação constitui um dos principais recursos terapêuticos no âmbito da saúde mental. A importância do espaço grupal como uma tecnologia leve potencializa de forma significativa o processo terapêutico das pessoas.

Em termos gerais, as tecnologias leves são aquelas relacionadas às relações interpessoais, ao acolhimento e à gestão dos serviços, fomentando vínculos, confiança, diálogos, fluidez de ideias inovadoras, integração de saberes e concretização oportuna de objetivos. A adoção dessas tecnologias no contexto laboral em saúde perpassa os processos da assistência, acolhimento, vínculo e integralidade das ações, sendo ferramenta essencial a todos que atuam na ESF (COELHO; JORGE, 2009).

Henriques *et al.* (2015) reforçam que o grupo de gestantes é uma ferramenta essencial e eficaz de suporte complementar na consulta de pré-natal, sendo algo imprescindível em ações propostas pela atenção básica, principalmente para dar um maior subsídio a uma gestante que fora submetida a uma conduta rápida, tecnicista, pouco humanizada e fragmentada desse atendimento. Disseminar grupos de gestantes que subsidiem as consultas de pré-natal permite que essas atuem de forma proativa em seu processo gestatório, tornando-se mais seguras e informadas do ciclo gravídico puerperal.

Em pesquisa de Schmidt e Argimon (2009) sobre vinculação da gestante e o apego materno fetal, foi demonstrada uma interação entre esse vínculo e apego com alguns sintomas depressivos. Tal estudo reforça que uma vinculação segura mãe-bebê na gestação está diretamente proporcional a um apego materno fetal alto e sintomas de ansiedade e depressão mínimos.

Os resultados dessa pesquisa reforçam a necessidade de acompanhamento e apoio específico das gestantes em grupos de apoio ou outros serviços específicos de auxílio, buscando proporcionar um nível de apego mais alto, auxiliando o fortalecimento do vínculo mãe-bebê e a construção de laços emocionais positivos essenciais que previnam processos patológicos mentais da vida adulta (SCHMIDT; ARGIMON, 2009).

Assis *et al.* (2013) defendem a viabilidade e efetivação da intervenção psicossocial nos grupos de gestantes com uma intervenção pedagógica terapêutica, sensibilizando e conscientizando as gestantes quanto ao ciclo gravídico-puerperal, captando aspectos positivos que auxiliem a maternidade, o parto e o puerpério. Ainda defendem a ideia de grupo promovendo a saúde da gestante num espaço discursivo e subjetivo, onde se tenha a

expressividade de sentimentos, experiências e reflexões em torno da gravidez, fomentando a autoconfiança, autoestima e confiança entre as participantes.

Frigo *et al.* (2012) descrevem que as atividades de grupo são recursos importantes de promoção da saúde e qualidade de assistência à gestante em todo seu ambiente de inserção, beneficiando também sua família. Entender sua relevância, realizar uma autocrítica em abordagens ultrapassadas e acrescentar mecanismos inovadores e relevantes à sua aplicabilidade é um desafio que merece ser alcançado e superado.

Promover uma maternagem saudável para o desenvolvimento humano e do meio ambiente onde todos os personagens significativos do binômio mãe-bebê estão inseridos não é uma prática tão simples ou fácil como muitos pensam. Assumir um papel criativo, principalmente com abordagens diferenciadas em grupos de gestantes, pode ser um fator essencial para se obter resultados satisfatórios nesse contexto. Ao se trabalhar temas ou vivências significativas que fortaleçam vínculos, tem-se a possibilidade de se minimizar eventos estressantes da gestação, dentre eles a depressão puerperal, alguns tipos de violência, abortamentos e abandonos de recém-nascidos, estimulando, assim, a resiliência no contexto ambiental da mãe rejeitada ou abandonada.

3.4 Representação da relação mãe-bebê-mundo por meio do desenho

Em francês, a palavra desenho (*dessin*) rima com destino (*destin*), e desenhar (*deesiner*) rima com sina (*destinée*). Simplificadamente, tanto em forma de destino e sina, o desenho e a construção de seus traços revelam aspectos subjetivos ou a essência de quem desenhou, refletindo a organização ou conflitos intrapsíquicos do sujeito. O mesmo também contribui para a constituição singular de uma história de vida no qual estamos inseridos (COGNET, 2013).

Profissionais na área de saúde mental e educação recorrem ao desenho, na abordagem individual, em encontros de grupos ou terapias, na busca de tratar problemas, minimizar entraves, socializar situações do cotidiano, fortalecer a cognição e entender o contexto psicossocial do ser pesquisado (COGNET, 2013).

Trinca (2013) aborda o procedimento de desenhos-estórias como um mecanismo abordado na psicologia visando investigar a personalidade do indivíduo pesquisado, obtendo informações dessas para ampliar o conhecimento da dinâmica psíquica no contexto do diagnóstico psicológico.

Chama atenção outra técnica abordada por Trinca (2013, p. 211), na qual o autor aborda a “apresentação do procedimento de desenhos de família com estórias”, consistindo na aplicação de quatro desenhos de família pelo examinado, que depois contará uma história associada a estes desenhos. O autor relata que essa técnica se ajusta à mesma proposta do diagnóstico psicológico individual, devendo ser aplicada somente por psicólogos devidamente qualificados.

Atentando-se à subjetividade do desenho, Brisac, Perin e Quayle (2011) descreveram que as atividades lúdicas e dialógicas com o uso dessa abordagem podem despertar formas de cuidado. Utilizaram como participantes de sua pesquisa 14 gestantes primíparas adolescentes e tardias aplicando questionário e a técnica de desenho-estória de Trinca (1997, *apud* BRISAC; PERIN; QUAYLE, 2011).

Nos traços de cada participante, percebia-se um projeto de continuação narcísica, ou seja, a criança imaginária desenhada tinha características de uma perfeição. A expressão de sentimentos latentes por meio das imagens e do verbalizar a respeito dos desenhos refletia um sentimento de onipotência das gestantes. Na implementação dessa técnica, esses autores destacaram a necessidade de condições propícias ao manejo da elaboração do luto pelo filho idealizado, fortalecendo-se a díade mãe-bebê.

Por proporcionar um resgate ao vínculo da mãe com o feto, estimulando possibilidades de desenvolvimento do futuro bebê, os resultados desse estudo apontaram a necessidade de mais espaços que acolham e proporcionem uma escuta qualificada a esse público específico (BRISAC; PERIN; QUAYLE, 2011).

Num estudo exploratório restrito com 10 gestantes adolescentes, Iwata, Rosa e Valente (2013) observaram, por meio da análise de Desenho da Figura Humana (DFH) segundo Machover do Teste da Apercepção Temática (TAT), instrumentos de diagnóstico acessórios em psicologia, dificuldades das participantes em lidar com questões de gestação, maternidade e sexualidade, bem como a pouca perspectiva de futuro dessas na busca de autonomia, conquistada tanto pelo estudo, como pelo trabalho.

De praxe, há poucos referenciais teóricos relacionados à abordagem dos profissionais da atenção primária, em especial da ESF e NASF, com uso de técnicas de desenho, tanto no atendimento individual, como em grupos de educação em saúde ou nas tecnologias leves trabalhadas nesse contexto.

O estudo de Brisac, Perin e Quayle (2011) despertou algumas ideias propostas no primeiro momento deste estudo, visando conhecer melhor as participantes por meio de uma apresentação inicial captada por sua autoimagem ao se desenharem grávidas, captando

percepções de sua maternidade, e como cada uma visualiza-se com seu futuro bebê, objetivando perceber contextos da maternagem e do ambiente/mundo onde estão inseridos.

3.5 Moldando sentimentos e buscando um sentido na gravidez

Costa *et al.* (2010) descrevem que as alterações fisiológicas da gravidez estão entre as mais acentuadas nas modificações do corpo humano. Tais alterações geram dúvidas, medos, angústia, ansiedade, dor, curiosidades e, algumas vezes, frustrações. Diante desse fato, é essencial que o profissional de saúde auxilie essa gestante de forma harmoniosa, qualificada e humanizada, desmistificando algumas dúvidas e anseios, com ações que auxiliem na compreensão de tais modificações, minimizando ansiedades e evitando que esse momento natural se torne algo patológico. Captar o significado dessas transformações com o uso da massa de modelar foi a proposta inicial deste encontro.

Autores como Van Der Sand *et al.* (2011) utilizavam a massa de modelar em atividades lúdicas e plásticas com gestantes abordando temas significativos relacionadas às modificações do corpo e da mente no período gestacional. Tal atividade proposta nesse artigo tinha uma adequação diretamente relacionada às abordagens de arteterapia.

Arteterapia consiste numa prática antiga, porém reconhecida há pouco tempo como profissão, mais precisamente desde a década de 30. Tal prática atua num processo terapêutico por meio da expressão artística, não exigindo um processo estético ou belo, com a proposta de estimular o potencial criativo de quem dela fizer parte, objetivando proporcionar a melhora da qualidade de vida das pessoas. Suas abordagens se expressam em diversas formas criativas pelo desenho, escultura, música, dança, teatro e outros mecanismos simbólicos da arte (PAÍN, 2009; CIONAI, 2004; PHILIPPINI, 2008; *apud* DUARTE, 2011).

Em trabalho de arteterapia com o uso do crochê e ponto de cruz com gestantes, Ferman (2009) destaca esse momento como a capacidade de formar e criar uma ponte ente o consciente e inconsciente, restaurando uma conexão de vital importância na *psique*, liberando uma energia psíquica presa, que aos poucos ganha significado, materializa símbolos e facilita a remodelagem de conteúdos psicológicos.

Barboza (2009) fornece uma ênfase significativa desses conteúdos, expressos em psicologia, descrevendo que a gestação compreende uma fase de alterações significativas na vida da mulher como um momento de grande transformação proporcionado por mudanças biopsicossociais nas quais se geram muitos conflitos de ordem psicológica e estão sendo

geradas emoções, fantasias e lembranças ou, muitas vezes, sentimentos dúbios como desamparo, ansiedade, tristeza e agradável expectativa.

Ferman (2009) descreve essa ambivalência no período gestacional como um fator que deve ser contornado pela gestante, proporcionando um equilíbrio de tensão emocional para um contexto salutar. Tal fator deve ser refletido, pois, cada vez mais, a gestação está perdendo seu real sentido e assumindo um vazio existencial em virtude de fatores como desplanejamento, abandono, violência no lar, naturalidade do aborto, inversões de valores da maternagem propostas pela sociedade e alguns aspectos pessoais, financeiros, ambientais e culturais que interferem na interação mãe-filho.

Fenômeno bastante difundido no século XX, o vazio existencial foi definido por Frankl (2008) como um estado de tédio relacionado à perda de instintos básicos que regulam o comportamento e asseguram a existência. No âmbito da gestação e puerpério, o desmame precoce, a depressão puerperal, a não aceitação da gestação e do bebê são fenômenos percebidos como sofrimento característicos desse vazio.

Neste processo, a resiliência surge como um dos objetivos principais do estudo de Frankl (2008) pela logoterapia. Os pesquisadores Moreira e Holanda (2010) descrevem resiliência como uma adaptação positiva do indivíduo em respostas às adversidades presenciadas, possibilitando esse superar-se.

A capacidade de superação é uma característica marcante da logoterapia, palavra derivada do grego *logos*, que significa sentido: “sentido da existência humana”. A busca pelo “sentido da vida” como uma força motivadora e resiliente (FRANKL, 2008, p. 124).

Nascida no auge da segunda guerra mundial, em época e locais em que foram cometidas as maiores atrocidades contra a humanidade durante o holocausto, a logoterapia assume um papel significativo no qual os direitos humanos passam a constituir uma estrutura de relações humanas em que se tem a oportunidade de realizar e aplicar sua plenitude existencial, preocupando-se em prover um ambiente propício e favorável ao desenvolvimento dos demais (CYROUS, 2012).

O criador da logoterapia foi o psiquiatra e neurologista vianense Viktor Frankl (1905-1997), prisioneiro dos campos de concentração que, num período de três anos, submeteu-se a torturas e perdas inestimáveis como a morte de seus pais, irmãos e esposa, sendo o único sobrevivente da família durante o holocausto (COLLIN, 2012).

Nas descrições de seu sofrimento num campo de concentração, relatados no livro “Em Busca de Sentido”, Frankl (2008, p. 136-137) descreve:

Não podemos esquecer nunca que podemos encontrar sentido na vida quando nos confrontamos com uma situação sem esperança, quando enfrentamos uma fatalidade que não pode ser mudada [...] transformar uma tragédia pessoal num triunfo, em converter nosso sofrimento numa conquista humana [...] Sofrimento de certo modo deixa de ser sofrimento no instante em que encontra um sentido, como o sentido de um sacrifício.

De acordo com Frankl (2008, p. 135), pode-se descobrir esse sentido na vida de três diferentes modos: “criando um trabalho ou praticando um ato, experimentando algo ou encontrando alguém, pela atitude que tomamos em relação ao sofrimento inevitável”. A partir desses preceitos, temos a gestação como uma forma mais sublime de se experimentar algo inexplicável, que é gerar uma vida que modificará significativamente o ambiente e as outras vidas interrelacionadas a essa. Ao mesmo tempo, ter a oportunidade de se encontrar com alguém no momento do nascimento que, por sua fragilidade, dependerá muito dos cuidados maternos e, quem sabe um dia, será o real sentido perante toda experiência de sofrimento vivenciado numa vida pretérita.

Perceber o real significado dessas palavras e entender qual o sentido da gravidez nas gestantes pesquisadas, em especial as que mais rejeitaram a maternidade foi o segundo ponto abordado neste encontro. Pesquisar e cuidar, percebendo um autoencontro entre o pesquisador e o ser cuidado, transformando o sofrimento em realização humana, encontrando soluções significativas de pleno sentido faz com que o pesquisador autotranscenda (ARAÚJO *et al.*, 2008).

A proposta de fomentar uma pesquisa-cuidado num contexto de grupo trouxe resultados satisfatórios tanto para o pesquisador cuidador que é enfermeiro, bem como para as participantes do projeto. Em meio a entraves e crises vivenciadas, foram despertadas reflexões sobre qual é o sentido da gravidez para a gestante, como está sua autoestima, a aceitação da gravidez, que vínculo está sendo formado, bem como se a mesma está propondo um sentido a essa fase de sua vida, refletindo como projeto de vida. Da mesma forma, tentou-se entender o mecanismo inverso quando a gravidez não é aceita ou não tem sentido, num fenômeno característico de rejeição.

3.6 Proporcionando o apego e sentindo o cuidado na gestação

De acordo com Braun e Simonson (2007), as mudanças fisiológicas e psicológicas proporcionadas do período gestacional geram estresse, ansiedade e muito desconforto à gestante. Como mecanismo de combater esses incômodos, a massagem aparece como uma eficiente ferramenta de cuidado e calma, podendo proporcionar bem-estar à gestante e seu

bebê, principalmente pelo nível de adequação de atividade e estado emocional da mãe se entrelaçar com os ciclos característicos do filho. Dessa forma, quanto maior a qualidade de vida emocional da mãe, melhor será o vínculo com seu filho.

Apesar de pouco difundida, a massagem direcionada às gestantes vem se tornando cada vez mais frequente em atendimentos específicos, principalmente em clínicas, hospitais e academias. De praxe, os benefícios proporcionados à mãe pela massagem são estendidos diretamente ao bebê. Os resultados obtidos revelam que, no período gestacional, a mulher pode manter sua qualidade de vida e garantir, assim, o equilíbrio entre mente, corpo e espírito (ANDRADE, 2008).

Bavaresco *et al.* (2011) reforçam que a massagem em gestantes deve ser diferenciada e realizada com seus devidos cuidados. Tem como benefícios: o alívio de dores; relaxamento; redução de edemas; e estímulo para circulação sanguínea e linfática, preparando a grávida para o parto e puerpério.

Mesmo proporcionando benefícios significativos, alguns autores contraindicam a massagem no período gestacional, principalmente nos dois primeiros meses de gestação, pois é um período em que o embrião não se fixou bem no útero. Sendo assim, determinadas manobras realizadas na massagem podem induzir o aborto (ANDRADE, 2008).

Na área hospitalar, exercícios de preparo ao parto auxiliam na respiração e o no relaxamento muscular, constituindo uma importante ferramenta na redução da percepção dolorosa e desconfortos da dilatação e contrações uterinas, garantindo à mulher que esse momento tão especial em sua vida seja humanizado, seguro e satisfatório, desvinculando-se da cultura de dor e sofrimento proposta pela sociedade (BAVARESCO *et al.*, 2011).

Bio (2007) destaca em sua pesquisa a importância em se aplicar exercícios fisioterápicos no trabalho de parto. Na lista “figuras” de seu estudo, o autor destaca imagens que refletem a um momento de automassagem.

Em artigo do Jornal Folha de São Paulo escrito por Collucci (2009), destacam-se os benefícios proporcionados à gestante submetida a massagem durante o trabalho de parto, com ênfase na imagem do esposo massageando a região lombar de sua companheira. Como relevância, essa pesquisa demonstrou que exercícios podem reduzir a dor do parto, o tempo do trabalho de parto, o desuso de fármacos que induzam as contrações uterinas e a redução de cesáreas.

Outra proposta direcionada à gestação é a indução da automassagem, principalmente por essa fortalecer o vínculo da mãe com o filho, amenizando pequenos desconfortos físicos e proporcionando relaxamento e bem-estar. É um verdadeiro treinamento

no que se refere a sentir o próprio corpo e, num momento de autoencontro, percebendo-se e ouvindo suas necessidades (BISCONTI, 2000).

Proporcionar a massagem como um mecanismo essencial de integração entre mãe-bebê numa vivência com gestantes foi uma atividade gratificante e necessária como proposta de cuidado. Esse cuidado se relaciona a uma comunicação íntima e afetiva entre a mãe-bebê, objetivando condicionar uma vida saudável, remetendo a questões que focam o amor materno, a capacidade de amar e os amores calmos e excitados do bebê (LEJARRAGA, 2012).

Mielnik (1993, p. 27) reforça a importância de observar que “o feto existe, no ambiente intrauterino em condições de tranquilidade, calor e aparente inatividade, interrompidas ocasionalmente por alterações passageiras originárias por perturbações do organismo materno”. O mesmo autor destaca a teoria do condicionamento, onde analisa o contexto de como o feto se percebe no ambiente uterino, algo descrito como um momento satisfatório proporcionado pela proteção, calor materno e nutrição.

Mesmo com determinantes favoráveis, esse mesmo espaço pode ser reconhecido como um ambiente de incômodo. Percebendo esse contexto, Mielnik (1993) destaca que o feto capta experiências de suas sensações percebidas e vivenciadas no útero. Através dessa proposta de cuidado, objetivou-se proporcionar à mãe a oportunidade de cuidar e ser cuidada, tanto no momento de massagear a sua barriga e, em outro contexto, perceber os significados de ser massageada, colocando-se no lugar do seu filho e sentindo o que o ambiente uterino pode lhe proporcionar.

Essa capacidade de tocar, sentir-se mãe e colocar-se no lugar de seu bebê instiga outro referencial teórico que fomenta o fortalecimento do cuidado, que é a teoria do apego. Essa teoria está embasada na proposta do vínculo, algo presente em nossa essência e dos animais, pois na realidade nascemos para formar vínculos. Caso esse vínculo não aconteça ou seja rompido, o bebê crescerá com uma pressão exagerada de seus anseios libidinais e com uma propensão para odiar (BOWLBY, 1982).

Lisboa (2011, p. 175) define apego como “um relacionamento ativo, afetivo, recíproco, singular, específico e persistente, entre duas pessoas”, mas que ocorre também em quase todos os animais. Essa relação afetiva entre mãe e filho começa na gestação e, se for adequada até os seis primeiros anos de vida, proporcionará um melhor desenvolvimento físico, mental, emocional e social da criança em todas suas outras fases de crescimento até a vida adulta.

De praxe, o apego é um comportamento que faz parte de nossas vidas, possuindo grande impacto na formação da *psique* infantil. A teoria do apego vem de uma premissa de que a privação materna, em especial nos primeiros 24 meses de vida, pode trazer danos graves e permanentes à saúde mental do indivíduo. Nos estudos do psicanalista Bowlby, há uma afirmação da existência de uma programação genética que molda os vínculos entre mãe e filho e vice-versa, garantindo, assim, a sobrevivência (COLLIN, 2012).

A polêmica dessa teoria é o fato dos bebês se apegarem sempre a uma figura feminina, sendo a mãe biológica ou alguém do sexo feminino que a substitua. Nela é dada pouca ênfase à figura paterna, sendo alguém sem importância emocional direta para o bebê, exercendo mais a função de provedor. Em virtude dessa teoria, o sentimento de culpa influenciou muitas mães sobre sua ausência no cuidado e apego para com seus filhos. O próprio psicanalista foi contra a institucionalização de crianças em creches, afirmando que a privação materna poderia levar à delinquência juvenil (COLLIN, 2012).

Bowlby (2006) *apud* Rodrigues; Chalhub (2009) descreve que existe uma forte relação causal de experiências pretéritas do indivíduo com seus pais, principalmente com sua capacidade de fomentar vínculos afetivos em sociedade. Falhas nessa capacidade de se vincular podem ser atribuídas a certas variações comuns na maneira de como os pais executavam seu vínculo com o filho.

Dentre alguns agentes estressores que induzem uma base de ligação ansiosa por medo de perder a figura de relação, temos: “ausência de cuidados e/ou rejeição; descontinuidade da parentalidade; ameaças persistentes por parte dos pais por não amar, como meio de controle; ameaça de abandono, morte ou suicídio e indução de culpa à criança” (BOWLBY, 2006; *apud* RODRIGES; CHALHUB, 2009, p. 5).

O Manual DSM5 (2014) destaca o transtorno de apego na categoria de transtornos relacionados a trauma e estressores, e transtornos de ansiedade de separação. Indivíduos com esse tipo transtorno apresentam um comportamento apreensivo ou ansioso quanto à separação das figuras de apego, até um ponto específico em que é impróprio para o nível de desenvolvimento satisfatório. Fobia ou ansiedade envolvendo separação de figuras de apego constitui um fator significativo nesse tipo de transtorno.

No contexto da infância, separações ou vulnerabilidades significativas de apego podem induzir na criança comportamentos atípicos de exigência ou agressividade, necessitando de atenção constante. Outras características que surgem como fatores atenuantes são timidez, retraimento social, apatia, tristeza, déficit de concentração, e, dependendo da idade podem apresentar fobias, evasão escolar, dificuldades acadêmicas, isolamento social,

ausência de relações duradouras, raiva, mágoa, ressentimentos e agressão contra o parceiro que quer terminar uma relação. Além disso, podem apresentar uma conduta superprotetora e dependente, com forte tendência a conflitos relacionais e frustrações no lar, podendo gerar ressentimentos familiares (DMS5, 2014).

3.7 O despertar da maternagem pela música

Considerada uma linguagem universal, um guia que perpassa os labirintos da consciência e preenchimento espiritual, a música abrange um mecanismo terapêutico e de cura desde a pré-história, principalmente por meio de mantras, cantos e encantamentos. Seu poder terapêutico advém de culturas primitivas que a destacam como uma lei divina emanada por ecos ou ressonância cósmica. Hieróglifos egípcios, védico-sânskritos da velha Índia, documentos da Grécia antiga e idade média, mencionavam que a vida e a saúde dependiam da harmonia entre sons e música (DEWHURST-MADDOCK, 1999).

Intrínseca historicamente nos vários contextos de vida da humanidade, em especial em diversas culturas ou momentos e rituais do homem em sociedade (casamentos, festas, aniversários, rituais religiosos e etc.), captando elementos de comunicação, expressão, cognição, dentre outros, a música sempre exerceu um papel relevante, principalmente por sua ação e efeito terapêutico, proporcionado um equilíbrio de energias do mundo moderno (TABARRO, 2010).

Na renascença, foi utilizada como um mecanismo terapêutico em composições líricas e vocais contra depressão e processos infecciosos, descritos em curas a reis e pessoas influentes daquela época. Sendo assim, quando aplicado de modo correto poderia provocar a cura do corpo e da alma. Caso fosse aplicada erroneamente, poderia causar dor, sofrimento, irritação, desorientação e até a morte (DEWHURST-MADDOCK, 1999).

Composta de ritmo e melodia, a música se organiza de sons e de movimentos captados em nossos ouvidos por meio da escuta. Essa escuta na criança aparece como um mecanismo de aprendizado e integração com sua mãe e o meio externo. Alguns estudos comprovam que a criança tem prazer em produzir e ouvir sons, sendo uma das experiências mais precoces da criança já percebidas no útero, ao ouvir as primeiras experiências auditivas percebidas na voz materna, batimentos cardíacos de sua mãe e informações sensoriais do mundo externo, ficando gravadas em seu subconsciente (POCINHO, 2011).

Pocinho (2011) descreve que as informações sensoriais do mundo externo percebidas ainda no útero pelo feto são capazes de influenciar no comportamento neonatal.

Esse estímulo intraútero prosseguido no momento após o nascimento influencia na cognição do bebê, estimulando sua percepção e identificação de objetos, animais, lugares e pessoas, favorecendo significativamente seu desenvolvimento neuropsíquico.

Percebendo a importância da genitora na vida de seu filho, Alvares (2013) descreve a relevância dos musicoterapeutas refletirem seus papéis como especialistas ao trabalharem com crianças pequenas, considerando a relação simbiótica na díade mãe-bebê para desenvolverem e instituírem planos terapêuticos. A partir dessa reflexão, algumas pesquisas surgem no limiar terapêutico proporcionado pela música, com sua capacidade em auxiliar mães a superar dor e traumas da maternidade, principalmente aquelas que se depararam com o diagnóstico de um filho concebido com síndromes.

Alvares (2013) também destaca o processo criativo da musicoterapia de forma a ajudar e reforçar a ligação da díade mãe-bebê, trazendo motivações e atitudes de resiliência para superação de entraves e mudanças importantes na vida das famílias, evitando, assim, sentimentos de exclusão e rejeição.

Dewhurst-Maddock (1999) destaca a relevância de pesquisas do século XIX que avaliavam os efeitos psicológicos da música, influenciando no relaxamento, respiração, batimentos cardíacos, circulação e pressão sanguínea. Os resultados dessas pesquisas implementaram gradativamente o uso da música no contexto da saúde mental, principalmente na área de terapia ocupacional e em algumas abordagens terapêuticas de saúde mental.

Tabarro *et al.* (2010) descrevem que os embasamentos científicos mais consistentes sobre a terapia com a música começaram a se organizar em meados do século XX. Atualmente, traz consigo inúmeros benefícios nos diversos contextos de vida, sendo cada vez mais pesquisada e difundida no meio acadêmico.

Os mesmos autores descrevem que algumas ciências como a física, acústica e matemática contribuíram para explicar a produção de sons, bem como fomentaram novas tecnologias que impulsionaram a criação e produção de aparelhos modernos como a Ressonância Magnética. Através de pesquisas científicas com esse exame, comprovou-se a importância da música para o equilíbrio harmônico da saúde mental. Apesar desses benefícios, muitas pesquisas ainda são necessárias para desvendar seus efeitos produzidos nos seres humanos.

Em revisão integrativa de sete artigos publicados entre janeiro de 2006 a dezembro de 2011, abordando o contexto da música como intervenção e cuidados de enfermagem, observaram-se benefícios significativos que a mesma proporciona no ambiente em que se insere, influenciando no tratamento de pacientes, no contexto de ansiedade de seus

familiares e na própria necessidade de cuidado da equipe de saúde. Esses resultados demonstraram a música como uma alternativa eficaz de cuidado de enfermagem com possibilidades terapêuticas eficazes no sentido de não exercer uma ação farmacológica específica, ser de baixo custo e promover a melhora da doença (CRUZ *et al.*, 2015).

No artigo internacional de neurociência proposto por Trost *et al.* (2012), utilizou-se a neuroimagem funcional para avaliar as emoções sentidas durante a audição da música, mapeando as emoções musicais percebidas pelo cérebro, dentre emoções complexas de teor agradável, desagradável, alegres, tristes ou dicotômicas. Essa pesquisa, dentre outras, comprovou de forma significativa os efeitos da música no contexto da mente humana.

Como proposta de acrescentar benefícios a esta pesquisa, confirmando a relevância da música para alguns objetivos propostos, optou-se em acrescentá-la no quarto encontro deste estudo, como uma proposta significativa de tecnologia leve que fomente o vínculo entre mãe, bebê e o ambiente onde estão inseridos.

3.8 A mãe suficientemente boa e o *holding* de Winnicott

A mãe é o elemento básico e essencial que interfere diretamente na personalidade infantil. Seu relacionamento com o filho inicia-se com a formulação do embrião e se prolonga por todas as fases de vida do indivíduo. Esse processo incumbe um conhecimento prévio de reações, sentimentos, desejos e impulsos maternos, objetivando proporcionar ao bebê, especialmente no primeiro ano de vida, o melhor dos desenvolvimentos (MIELNIK, 1993).

A fisiologia e o processo de maturação característico da gravidez proporcionam mudanças fisiológicas que sensibilizam a mulher para mudanças psicológicas significativas. Tais mudanças geram preocupações da gestante advindas desse processo (WINNICOTT, 1990).

No transcorrer dessa transição, a gestante se identifica com seu bebê no útero, percebendo uma maior sensibilidade às necessidades do bebê, demonstrando, assim, interesse pelo mesmo, até algum tempo depois do parto, num processo denominado por Winnicott (1990, p. 52) de “identificação projetiva”.

Além do vínculo, merece destaque o ambiente onde essa díade é constituída. De praxe, um ambiente satisfatório é essencial para proporcionar o desenvolvimento saudável do bebê, principalmente por sua vulnerabilidade, fragilidade e total dependência em relação ao meio em que ele se desenvolve, pois vive num estado de solidão essencial, dependendo

significativamente dos cuidados maternos ou de quem exerce essa função (WINNICOTT, 1990).

A teoria psicanalítica winnicottiana concebe a figura materna ou os cuidados maternos como elemento essencial na construção do processo de maturação do psiquismo do bebê. Uma relação mãe-bebê insatisfatória, caracterizada pela falta de cuidados maternos essenciais e suficientes, interfere no desenvolvimento psicológico saudável, podendo gerar manifestações de agressividade desde a infância até outras fases da vida, em especial a adulta (WINNICOTT, 1997).

O *holding* tem como característica peculiar a relação da mãe construída com seu bebê, identificando-se com ele. Quando satisfatório, é uma porção básica de cuidado e vínculo que assentará as bases para o desenvolvimento salutar das capacidades inatas do indivíduo (WINNICOTT, 2011).

No quinto e último encontro com gestantes, intitulado como “Presenciando o *holding*”, realizou-se uma abordagem dialógica norteadada pelo primeiro estágio da mãe suficientemente boa, proposto por Winnicott (2011) através do *holding*, buscando despertar um pensamento crítico e reflexivo das mães a respeito dessa temática.

Os embasamentos sobre o *holding* partem da abordagem psicanalítica proposta por Winnicott (1990), onde ele definiu esse termo como uma forma onde a figura materna ou substituta protege de agressões, propondo uma rotina de cuidados ao bebê, acolhendo, abraçando, afagando ou sustentando-o pelos braços, proporcionando crescimento físico ou psicológico a um ser indefeso que necessita de apoio.

Esses cuidados estimulados pelo *holding* relacionam-se a uma comunicação íntima e afetiva entre a mãe-bebê, objetivando condicionar uma vida saudável, remetendo a questões que focam o amor materno, a capacidade de amar e os amores calmos e excitados do bebê. Quando a mãe protege o filho com seu *holding*, proporcionará a essa criança condições de formar bases sólidas ao desenvolvimento de sua saúde psíquica (LEJARRAGA, 2012).

Uma díade mãe-bebê bem integrada fortalece o ego do bebê e organiza suas defesas, desenvolvendo padrões pessoais marcados hereditariamente. A deficiência do *holding* acarretará extrema aflição no filho com sensação de despedaçamento e outras reações patológicas. De praxe, um apoio egóico inadequado acarretará padrões de comportamento patológico no bebê descritos como apatia, inibição, inquietude, dentre outras atitudes patológicas. Certamente, a presença da mãe suficientemente boa pode proporcionar um processo de desenvolvimento real, que fomentará as bases para o desenvolvimento saudável das capacidades inatas do indivíduo (WINNICOTT, 2011).

Pádua (2013) reforça as hipóteses da teoria Winnicottiana, descrevendo que o bebê terá uma vida saudável da psique-soma inicial, se a mãe for suficientemente boa, pois esses sinais serão identificados pela mesma, auxiliando melhor o filho no contexto de suas necessidades. O fator inverso, relacionado a uma maternagem precária ou inconstante, poderá causar prejuízos psicológicos ao bebê, estabelecendo uma unidade psicossomática insatisfatória, podendo vulnerabilizá-lo futuramente, por meio de doenças psicossomáticas.

Winnicott (1990, p. 56) descreve a mãe suficientemente boa como “aquela que é capaz de satisfazer as necessidades do nenê no início, e satisfazê-las tão bem que a criança, na sua saída da matriz do relacionamento mãe-filho, é capaz de ter uma breve experiência de onipotência”. Ao exercer essa função desde o final da gestação até as primeiras semanas de vida do seu filho, a mãe absorve uma sensibilidade e uma capacidade psíquica em particular de perceber, auxiliar e acolher as necessidades do bebê, e, ao mesmo tempo, desiludi-lo quando necessário.

Kehdy (2013) descreve que, na teoria Winnicottiana, o contexto da “mãe suficientemente boa” não se direciona à perfeição materna, mas sim a uma mãe factível a erros, principalmente porque, caso aquela existisse, poderia prejudicar o bebê, não contemplando seu aspecto humano e suas frustrações advindas da realidade.

A preocupação materna primária não é sinônimo de sentimentalismo. A mãe que atua de forma suficientemente boa “ama, mas também se permite odiar seu bebê, sendo, entretanto, capaz de conter seu ódio, sem atuá-lo e sem se vingar” (CELERI, 2007; p. 422).

É importante que haja um esforço e interesse por parte da mãe, demonstrando intimamente a seu filho como ele é realmente aceito e amado. Essa deve perceber a subjetividade e sentimentos do bebê como um ser humano, com necessidades básicas, destinado a viver futuramente por si mesmo, independente, autoconfiante e autorrealizado (MIELNIK, 1993, p. 15).

Através de uma revisão bibliográfica de pesquisadores da área psicossomática e psicanalítica no contexto da relação mãe-bebê, Pádua (2013) destacou a importância da figura materna no início da vida do bebê, principalmente quando essa percebe e entende a comunicação da criança relativa às suas necessidades básicas, aversões e preferências, fortalecendo o vínculo, suprimindo essas necessidades com afeto e proporcionando continência quando necessário.

Para proporcionar uma sustentabilidade a todo esse processo, Barbosa *et al.* (2010) destacam a importância do *holding* profissional, definido como o modo de como o profissional de saúde oferece um suporte e atenção adequados à mãe para que essa lide com

questões relacionais ao seu filho de maneira menos ansiogênica, principalmente devido à forte carga emocional adquirida na gestação.

Proporcionar esse tipo de *holding* pode estimular uma maternagem suficientemente boa, desde a concepção, com propostas que fomentem o vínculo e confiança transmitidos à mãe como um mecanismo de segurança física e emocional em toda a gestação e hora do parto.

3.9 A fenomenologia e o fenômeno maternal da rejeição

A Fenomenologia é um movimento filosófico do começo do século XX que tem como precursor o matemático Edmund Husserl. Surgiu no cerne da filosofia pela essência dos fenômenos que aparecem e se mostram sem interferência de nossas ideias previamente delimitadas. Não é à toa que a palavra fenômeno vem do grego *phainomenon*, traduzida como aparecer. Desde sua implementação, gradativamente vem influenciando a psicologia. Em termos gerais, “trata-se de um esforço metódico de validação da experiência humana como fonte de conhecimento” (ALVES, 2013, p. 151).

Edmund Husserl nasceu em 1889 na Áustria, iniciou sua carreira estudando matemática e astronomia. Após concluir seu doutorado em matemática, começou a se dedicar à filosofia através da fenomenologia. No meio acadêmico, foi professor de filosofia na Universidade de Freiburg, na Alemanha, sendo exonerado de seu cargo em 1933, devido ter descendência judaica. Sua teoria era pautada numa investigação filosófica sobre os fenômenos da experiência, dando origem a um rico referencial teórico ao pensamento do século XX (BUCKINGHAM *et al.*, 2011).

Define-se fenomenologia com “o estudo ou ciência dos fenômenos”, ou noção de experiências. Seu uso tem uma aplicabilidade tanto na filosofia como na ciência, principalmente pela termodinâmica (CERBONE, 2014, p. 11).

Com um forte componente filosófico, a fenomenologia de Edmund Husserl foi reformulada em outros estudos e abordagens de determinados filósofos, principalmente por não fornecer amplamente a esses uma solução a entraves ou problemas mais duradouros da filosofia. Subsequentemente, as experiências e estudos da fenomenologia foram complementados e ampliados noutra visão filosófica por Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty. Independentemente dessas reformulações, é inegável que as contribuições de Husserl deram abertura a uma nova filosofia contemporânea (SPIEGELBERG, 1982).

Em termos gerais, o estudo fenomenológico descreve o significado comum das várias experiências de um fenômeno, captadas por vários indivíduos. Outro conceito de fenômeno baseia-se na ideia central examinada pelos fenomenologistas e experimentada pelos sujeitos de um estudo, que podem incluir conceitos psicológicos como amor, raiva e perdão (CRESWELL, 2014).

Creswell (2014) destaca que o estudo fenomenológico tem a descrição de um significado comum naqueles indivíduos envolvidos na pesquisa, captando suas experiências vividas por um fenômeno ou um conceito em si. De praxe, o pesquisador em fenomenologia capta o sentido que todos participantes têm em comum, quando todos vivenciam um determinado fenômeno como essência. Como exemplos característicos, têm-se: o sentimento de rejeitar ou a capacidade de cuidar, que são vivenciados universalmente.

Van Manen (1990, p. 163) descreve o fenômeno como um “objeto” da experiência humana. Partindo desse pressuposto, o pesquisador desta dissertação, por meio de uma abordagem qualitativa, identificou um fenômeno através das experiências captadas num grupo de gestantes, contidas nos relatos e descrita como experiência humana pela rejeição.

Alves (2013) descreve a fenomenologia como uma abordagem peculiar e privilegiada na condução de grupos, captando informações por meio de uma interação estabelecida coletivamente entre duas ou mais pessoas, não de um fenômeno isolado num único indivíduo em si.

Charron *et al.* (2013) definem grupo como um conjunto de dois ou mais indivíduos integrados numa situação de interação com influência mútua. Não há a necessidade de conhecimento prévio ou atual entre os participantes, nem que estejam juntos ou passem mais tempo para se afirmar como a proposta real de grupo. Uma reunião simples, até mesmo numa sala de espera, já é o suficiente para captar a expressão dos diálogos, dos comportamentos e dos processos de interação ou de influência mútua.

Quem trabalha com grupo pela abordagem fenomenológica deve suspender seu conhecimento prévio de tudo que se sabe a seu respeito, mesmo que seja por um curto período de tempo. Principalmente pelo fato do grupo que está diante do pesquisador/condutor não ter a capacidade de corresponder a um referencial teórico específico dito por outros autores. O condutor do grupo deve ter uma compreensão das falas que emergem, obtendo um quantitativo satisfatório de narrativas do que acontece no grupo. De praxe, numa abordagem fenomenológica de grupo, a presença de vários narradores é um fator extremamente importante (ALVES, 2013).

Resumidamente, o método fenomenológico em si apresenta-se como a “suspensão de todos os pressupostos – sobretudo da crença numa realidade objetiva e numa consciência que com ela se relacionaria – para que os fenômenos apareçam na sua constituição”. No quesito da definição de fenômeno, a fenomenologia se refere “àquilo que aparece na correlação intencional: realidade experienciada, percebida por alguém”. Algo compreendido como “um modo de proceder (método), que cuida para não recorrer a teorias prévias sobre aquilo que se quer conhecer”. Combater teorias, saberes prévios ou ideias de senso comum é essencial para que os fenômenos apareçam e afluam em toda sua plenitude (HUSSERL, 2008; DARTIGUES, 1992; BELLO, 2006; GOTO, 2008; *apud* ALVES, 2013, p. 152).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo pesquisa-cuidado. A proposta de pesquisar-cuidar contém, em si, uma abordagem humanística, um instrumento de auxílio ao ser pesquisador e ser pesquisado, promovendo-se vínculos, interações e preocupação, por parte do pesquisador, em construir interrelações entre conceitos, metodologias e cuidado (NEVES; ZAGONEL, 2006).

Araújo (2011) descreve que a pesquisa-cuidado se contrapõe a qualquer outro método que se restrinja a formulários, questionários e a registros de respostas invasivas, muitas vezes desrespeitosas e de interesse apenas do pesquisador. Tem o objetivo de beneficiar o sujeito pesquisado, que é cuidado enquanto acontece a pesquisa.

Como pesquisa qualitativa, possui uma relevância científica para a compreensão das particularidades dos relatos dos sujeitos, objetivando a construção de conhecimento. Na sua formulação, tal tipo de pesquisa possui como matéria-prima opiniões, crenças, valores, ações subjetivas e sociais, além de outros subsídios para se conhecer melhor a intersubjetividade do colaborador da pesquisa. Em termos gerais, busca contextualizar cada uma das narrativas, compreendendo a multiplicidade e a complexidade, tanto individual como coletiva, da vivência pesquisada (MINAYO, 2012).

Este estudo estimulou o pensamento crítico-reflexivo do pesquisador e das participantes, vinculando pensamento e ação, descritos nos resultados desta pesquisa de acordo com as cinco etapas da pesquisa-cuidado propostas por Neves e Zagonel (2006), que são: aproximação com o objeto de estudo; encontro com o ser pesquisado; estabelecimento de conexões de pesquisa; e afastamento do ser pesquisador/cuidador e ser pesquisado/cuidado.

O fenômeno deste estudo em questão consistiu nas experiências percebidas pelas gestantes por meio de vivências e perguntas norteadoras, numa tecnologia leve proposta em cinco encontros grupais, cujo eixo principal se relacionava à maternagem.

O propósito básico deste estudo foi reduzir as experiências das gestantes com um fenômeno a uma descrição da essência universal, descrito por Van Manen (1990, p. 177) como uma “captura da própria essência da coisa”. O pesquisador primeiro se voltará para um fenômeno, como uma “preocupação constante” a qual lhes interessa seriamente (VAN MANEN, 1990, p. 31).

4.2 Local do estudo

Foi proposta a realização da pesquisa em três locais específicos do território de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Irmã Hercília Aragão, uma das 86 unidades básicas de saúde de Fortaleza, localizada no bairro São João do Tauape, que corresponde a um dos 11 bairros pertencentes à área da Secretaria Regional (SR) II. Atualmente, essa SR é uma das sete regiões administrativas do município de Fortaleza, capital do estado do Ceará.

A UAPS Irmã Hercília Aragão se destaca por ser uma das 11 unidades básicas da SR II que tem mais equipes da ESF, possuindo, ao todo, oito equipes de ESF, duas de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e uma de NASF.

Os ambientes idealizados para a realização desta pesquisa localizavam-se nas proximidades da UAPS. Eram eles: o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do Lagamar; o Centro de Formação Paroquial do São João do Tauape e o Espaço Vida Ativa para Idosos. Porém, por questão de espaço, incompatibilidade de cronogramas e solicitação de insumos para alocação de um desses, algo que não estava previsto no orçamento do projeto, foram rejeitados todos esses espaços para a realização da pesquisa.

Por motivo de proximidade, facilidade de acesso e aceitação das participantes, os encontros grupais foram todos realizados no Centro de Defesa dos Direitos Humanos do Lagamar (CDDHL), instituição não governamental criada em 1996, localizado na Travessa Social nº 133, pertencente à localidade do Lagamar, vinculada ao bairro São João do Tauape.

Freitas (2014) destaca o Lagamar como sendo um dos maiores e mais antigos assentamentos informais numa área imprópria para urbanização do município de Fortaleza, com histórico de povoamento iniciado na década de 50, em virtude do êxodo rural. Localizado na zona leste da capital cearense, próximo a bairros nobres dessa cidade, o Lagamar possui indicadores demográficos, sociais, sanitários e de educação insatisfatórios e que fragilizam holisticamente essa comunidade, sendo considerada, assim, uma área de alto risco. Com inserção geográfica no afluente do rio Cocó, canalizado desde a década de 80 em duas margens do riacho denominado Tauape, apresenta riscos pertinentes de inundações no período das chuvas.

Em virtude desse fator geográfico, o Lagamar é considerado uma das 89 áreas de risco de alagamentos registrados pela defesa civil do município de Fortaleza (ZARANZA, 2016).

A lei complementar nº 0076 instituiu a Zona Especial de Interesse Social 1 (ZEIS 1) do lagamar, a qual é composta pelos territórios dos bairros São João do Tauape e Alto da Balança, dando outras providências, dentre as quais se destaca o desenvolvimento humano de seus ocupantes, a eliminação dos riscos decorrentes de ocupações irregulares e áreas inadequadas (FORTALEZA, 2010).

4.3 Participantes do estudo

As participantes da pesquisa foram gestantes acompanhadas pelas equipes da ESF/EACS, NASF e CRAS do território de abrangência da UAPS Irmã Hercília. O convite para participar do estudo foi proposto pelo enfermeiro da ESF durante a consulta de pré-natal e pela solicitação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante a visita domiciliar.

Elas foram intencionalmente escolhidas para participar do estudo. Como critério de inclusão, a gestante deveria apresentar um ou mais desses fatores de risco e vulnerabilidade: ausência ou abandono do parceiro; rejeição da gestação ou filho em momento presente ou pretérito; desprezo ou abandono por familiares em virtude da gravidez; carência ou ausência de vínculo com a mãe biológica; baixa autoestima relacionada à gestação; histórico de risco para depressão; em tratamento para depressão; antecedentes de abortamento induzido; tentativa de abortamento atual ou em situação pretérita; comportamento agressivo no lar; abandono de filhos em gestações anteriores; e ser adolescente. Destacaram-se mecanismos intrínsecos à rejeição da maternagem, tanto da gestante para com seu conceito, como pelas experiências pretéritas da ausência da mãe biológica, não proporcionando uma maternagem e apego suficiente nos primeiros anos de vida de algumas participantes.

Inicialmente, a partir dos fatores de risco estabelecidos, 18 (dezoito) gestantes poderiam participar da pesquisa e todas aceitaram verbalmente. Os critérios de exclusão foram: faltar a todas as etapas da tecnologia proposta; abortamento e parto durante o período dos encontros. Assim, quatro gestantes foram excluídas (uma faltou a todos os encontros; uma pariu e duas abortaram). Portanto, do total inicial, 14 (catorze) foram as gestantes que realmente participaram da pesquisa.

Vale destacar que onze participantes desta pesquisa rejeitavam completamente sua gravidez; uma única se enquadrou neste estudo devido sofrer a violência e rejeição do companheiro; outras duas se enquadraram por serem rejeitadas por sua mãe, sendo que uma era adolescente que realizava tratamento para depressão (com tentativas de suicídio) e outra

apresentava histórico de abortamento. Além disso, provavelmente, não receberam em sua infância apego e afeto de suas mães.

Houve poucas ausências nos encontros propostos. Foram registradas apenas uma falta no segundo, uma no terceiro e uma no quarto encontro, o que não alterou o conteúdo catalogado para análise dos registros. Apesar das poucas faltas, nenhuma gestante que assinou o termo de consentimento abandonou a pesquisa durante sua aplicação, nem se recusou às gravações, filmagens e vivências que promoviam o toque (momento massagem) e escuridão (uso de vendas).

Duas gestantes tiveram que sair antes do término de dois encontros devido a problemas no lar, como doença de filhos, ou ter que pegá-los na escola. Respeitou-se o número de participantes ideal para a pesquisa (no máximo 15 e no mínimo oito participantes por grupo).

4.4 Etapas do desenvolvimento do estudo

4.4.1 Caracterização das participantes

Nessa primeira fase, implementou-se a coleta de dados através da aplicação de formulários às gestantes com perguntas tricotômicas, de múltipla escolha e mistas, objetivando caracterizá-las nos aspectos biopsicossociais, econômicos e subjetivos do sujeito pesquisado.

As entrevistas semiestruturadas combinaram perguntas abertas e fechadas, nas quais o informante tinha a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Seguiu-se um roteiro contendo questões previamente definidas, para captar informações essenciais do público alvo da pesquisa, adentrando inicialmente no íntimo do sujeito pesquisado, permitindo um processo de construção de confiança e vínculo para que as atividades subsequentes, propostas nos grupos, proporcionasse a captação de um conteúdo que respondesse alguns dos objetivos propostos.

A entrevista semiestruturada foi realizada no momento do recrutamento por meio de um roteiro descrito num formulário específico (APÊNDICE A), o qual levou em conta a realidade pesquisada e os pressupostos teóricos que sustentam a pesquisa, sendo justificado por sua utilidade na obtenção de dados objetivos e subjetivos das participantes. O instrumento de pesquisa foi dividido em dados de identificação da gestante, dados da gravidez e informações relativas à maternagem.

4.4.2 Desenvolvimento da tecnologia em cinco encontros grupais

Essa fase foi desenvolvida em cinco momentos, uma vez por semana, com aplicação de perguntas abertas (APÊNDICE B), norteadoras das vivências de grupo, direcionadas às gestantes durante a aplicação de cada encontro indutor da tecnologia. Cada encontro foi filmado, fotografado e gravado com devido consentimento livre e esclarecido de cada participante.

Como estratégia final da coleta, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais, com a aplicação de roteiros (APÊNDICE C), acrescidos das gravações, filmagem das atividades propostas nos cinco encontros de grupo e junção do material coletado no primeiro formulário. Para manter o anonimato das participantes, atribuíram-se codinomes escolhidos por elas de acordo com a afinidade, identificação e afeição de cada uma.

Cada encontro foi norteado por uma temática a partir de uma vivência de grupo. A realização das vivências pretendeu melhorar a comunicação e possibilitar o estreitamento do vínculo entre as participantes, captando-se a essência do fenômeno nas falas e linguagem corporal. Utilizaram-se recursos visuais, gráficos, plásticos e mesmo de ordem corporal para a abordagem das temáticas e para pôr o grupo diante da tarefa principal para responder os objetivos propostos. Os momentos grupais foram nomeados e divididos em: desenhando o vínculo: projetando e moldando a vida; cuidando da vida; ouvindo o chamado; e presenciando o *holding*.

4.4.2.1 Desenhando o vínculo

Alguns tópicos com uso do desenho serviram como o molde inicial do primeiro encontro, captando, numa roda dialógica, fenômenos observados por meio de imagens construídas por cada participante, utilizando papéis A4 distribuídos a cada uma.

A abordagem seguiu uma proposta de apresentação, na qual cada gestante desenhou num papel a sua representação grávida e, na outra metade, ela e seu filho, relatando o nome do mesmo. A realização dos desenhos foi conduzida por meio dos relatos de uma estória presenciada no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde, porém muito entrelaçada com histórias da vida real, embasada por quatro perguntas norteadoras que conduziram os diálogos em roda com as gestantes na seguinte narrativa lida para o grupo:

“A maioria das mulheres tem um sonho, porém o principal é um dia ser mãe. Conheço a história da jovem Maria que namora João há poucos meses, um jovem rapaz que desconhece o sonho de Maria”.

Pergunta 1: Desde quando você pensou em ser mãe?

A condução dessa pergunta objetivou despertar o pensamento crítico reflexivo das participantes e estimulá-las a um diálogo franco, algumas vezes silenciado por emoções, sentimentos e segredos guardados na memória que aos poucos foram aflorados e despertados ao encontro da estória de Maria que, subsequentemente, após os relatos das gestantes, foi continuada.

“Certo dia, Maria procura o posto de saúde muito ansiosa, em virtude de um motivo que tirou seu sono na noite anterior: sua menstruação estava atrasada! No posto do bairro, realizou o teste rápido de gravidez e recebeu o resultado da enfermeira, que após analisar seu exame relatou sorridente: Parabéns! Você vai ser mãe”.

Vasconcellos (2009, p. 112) define histórias como “tramas que se tecem com palavras. Como uma aranha que tece sua teia para capturar insetos que possam alimentá-la”. A partir dessa definição, a autora deixa bem claro como as histórias captam nossa atenção como uma forma de alimento oferecido por palavras que podem resgatar ou proporcionar a salvação. O poder da palavra faz surgir uma vida plena e feliz, ou talvez o contrário.

Neste momento, foi solicitado que a gestante a desenhasse grávida, na metade do papel A4, a partir da seguinte pergunta: Como me vejo grávida?

Em roda dialógica, cada gestante fez seu desenho, respondendo tal indagação por meio da descrição dos traços que refletem o imaginário de sua personalidade. Após todas concluírem essa etapa, foi dada sequência à narrativa fictícia:

“Esse resultado trouxe à tona inúmeros sentimentos, dentre eles a aprovação ou reprovação da gravidez por seu parceiro, a possível aceitação dos familiares e como seria essa ‘nova vida’ com seu filho”.

Nesse momento foi solicitado à mãe que a desenhasse junta de seu filho, na outra metade do papel, a partir da seguinte indagação: Como me vejo com meu filho?

Após terminarem o segundo desenho, as respostas foram compartilhadas verbalmente com todas. Em seguida, concluiu-se o último trecho da estória.

“Após todos ficarem cientes da notícia, ela escutara algo que não queria ouvir, mas guardou para si o mais importante. Ouviu palavras acolhedoras de sua melhor amiga, despertando em Maria o papel de mãe. Logo pensou num nome: se for homem, se chamará

Oceano Atlântico Antares e, caso seja mulher, seu nome será Oneide Navinda Navolta Antares”.

Após esse momento, foi conduzida a última pergunta às gestantes: O nome que escolhi pode influenciar a vida de meu filho?

Na condução do último item, as gestantes foram convidadas a descrever o possível nome de seu filho, anotando-o no papel onde estavam os desenhos. As participantes que tinham curiosidade em saber o significado do nome de seus filhos tiveram como suporte um dicionário com significado de nomes de bebês do autor Castellón (2013), fomentando, assim, o primeiro contato imaginário com base no nome, na possível identidade e personalidade imaginada pela mãe a respeito de seu filho.

Vale salientar que, no momento inicial dessa tecnologia leve, o objetivo principal foi captar a essência do fenômeno nas falas, desenhos, percepções, emoções, sentimentos, linguagens corporais e comportamentos das participantes registrados por gravação, filmagem e fotografias, a respeito de tudo que vivenciaram.

4.4.2.2 Projetando e moldando a vida

A atividade proposta do segundo encontro baseou-se no artigo de Van Der Sand *et al.* (2011), tendo sido inicialmente construída de forma lúdica, com o uso da massa de modelar, com foco nas modificações fisiológicas e psicológicas da gestação. Assim, as participantes puderam registrar plásticamente e ludicamente as principais mudanças desse período.

No início do encontro, foram entregues, a cada gestante, pedaços de massa de modelar com 12 cores diferentes, para que escolhessem algumas preferidas. Solicitou-se a cada participante que expressasse o significado global dessa mudança em seu corpo utilizando, tanto no caráter biológico como psíquico, a massa de modelar como meio de elaborar um molde de como estavam se sentindo.

Salientou-se a importância das participantes trazerem à tona pontos positivos ou negativos da gestação, dentre essas problematizações sobre seu corpo, autoestima, afetos, sentimentos, receios e alguns medos descritos a partir do que construíram.

A sequência da condução da temática foi continuada pela estória contada no primeiro encontro, seguida de uma roda de discussão dialógica.

“Ansiosa e preocupada com a possível rejeição do companheiro, a insatisfação de seus pais e algumas dificuldades que iria enfrentar durante a gravidez, Maria se viu sufocada diante de um grande problema, pois, no momento atual, mesmo com a presença do

companheiro, sentia-se só e seu corpo mudava a cada dia. Sua autoestima não estava boa. Apesar das dificuldades, ela começou a refletir qual era sentido da gravidez em sua vida”.

Percebendo a estória de vida da personagem Maria, foi lançada a seguinte pergunta norteadora: Qual o sentido da gravidez em minha vida?

Após todas responderem a essa indagação, foi dada sequência à narrativa.

“Ela percebeu que não deveria parar com seus projetos e planos, pois tinha algo que a motivava. Começou a refletir que nada resolveria se pensasse constantemente em preocupação e problemas, mas que deveria focar numa solução, e que estar grávida poderia trazer mudanças significativas em sua vida. Seu projeto de vida não deveria ficar esquecido”.

Ao término desse segundo tópico narrado, foi lançada outra indagação: Qual é meu projeto de vida a partir da gestação?

A segunda pergunta norteadora desencadeou outro diálogo em roda de conversa, com enfoque na solução dos problemas e na busca de sentido para vencer obstáculos que impeçam uma gravidez saudável.

Ao fim da vivência, cada gestante foi convidada a escrever uma mensagem num cartão destinada a ela mesma, para ser lida num futuro bem próximo, tendo como ponto principal “o sentido da gravidez em minha vida”. Uma das participantes que não sabia escrever foi auxiliada por colaboradores convidados, em sua maioria ACS que observaram a vivência, podendo contribuir quando fosse necessário.

Um dos propósitos principais desse momento foi fomentar um sentido para a gestação, auxiliando as gestantes a superar ansiedades, rejeições, fobias ou inseguranças, principalmente de cunho psicológico e físico, que vulnerabilizavam sua gestação e vínculo com seu filho.

Tentar despertar a aceitação da gravidez, acolhendo a presença do filho no ventre, integrando-o futuramente no seu contexto de vida como algo que a traga, no presente e na vida futura, muitas soluções para os problemas anteriormente descritos, ou seja, transformar o problema em solução foi outro objetivo desse encontro.

Após todas escreverem em seus cartões, os mesmos foram colocados num envelope e guardados para serem enviados futuramente ao endereço das destinatárias através do agente de saúde.

4.4.2.3 *Cuidando da vida*

A ideia inicial do terceiro encontro foi o convite a um momento de autocuidado da gestante e cuidado com o bebê por meio de uma lógica acolhedora diferente, direcionada pelo toque, massagem, vínculo e apego. Nessa vivência, as participantes foram convidadas a presenciar algumas percepções do feto no útero materno e uma experiência materno-fetal.

As abordagens iniciais desse encontro foram captadas em vivências anteriores aplicadas com gestantes conduzidas pelas professoras do curso de enfermagem da UFC Fátima Maciel e Ângela Souza, pesquisadoras, cuidadoras e terapeutas do Laboratório de Práticas Integrativas em Saúde (LABPAS). Em destaque, captou-se a proposta utilizada de massagear o ventre e o uso de lençol sobre a gestante, captando-se a interiorização e fortalecimento do vínculo mãe-bebê. Para se adaptar às propostas desse projeto, tais vivências foram modificadas em alguns quesitos.

Na aplicação das atividades do primeiro encontro, utilizaram-se lençóis, hidratante, pequenas bacias de plástico com água e vendas. Todas as gestantes que não apresentavam aversão ao toque ou fobias de escuridão foram convidadas a participar.

No momento de acolhida, as gestantes eram convidadas a usar vendas para serem levemente massageadas por um cuidador que representaria a presença do cuidado materno, inicialmente percebida por um suave toque no couro cabeludo, pescoço e ombros. O uso de vendas tinha um significado específico direcionado às participantes, visto que representariam a figura do feto, ao se perceber, antes do toque materno, a solidão e a escuridão presenciada no ambiente uterino.

Para que cada participante sentisse a experiência uterina foram utilizados hidratantes, bacia com água, vendas e lençóis. O uso de hidratantes nas mãos tinha o objetivo da percepção, pelo tato, do ambiente úmido do útero. Imergir os pés descalços das participantes em bacias com água tinha o objetivo de proporcionar a sensação de estarem imersas no líquido amniótico e, por fim, cobrir as participantes com lençóis, tinha a finalidade de perceberem a sensação da bolsa amniótica.

O significado do toque pelo cuidador teve como propósito gerar uma reflexão sobre a presença e a importância do mesmo, interligando a mãe, representada pela figura do feto, com a projeção da figura materna cuidando de seu filho. Nesse instante, pretendeu-se fortalecer a importância, a presença e o apoio do cuidador, num momento em que a gestante estava só e em total escuridão, fortalecendo assim o pensamento crítico-reflexivo no qual a mãe se colocou no lugar de seu filho, sozinha e precisando de cuidados maternos essenciais.

A condução desse momento foi norteadada com a seguinte narrativa:

“Neste momento, vamos nos deixar cuidar. Vamos esquecer os problemas de casa e do ambiente em que vivemos, as mudanças repentinas do corpo, o cansaço, os medos, e vamos pensar só em nós. Deixemo-nos cuidar, pois precisamos de cuidado. Carregamos uma vida! Imaginemos sendo essa vida em nosso ventre, no escuro protegido do útero, sendo acolhidas, recebidas, tocadas e amadas. Sintamos o ambiente úmido, escuro, solitário e único onde o bebê está”.

Em seguida, cada cuidador deveria se desconectar da gestante, retirar o lençol e a bacia com água e convidar as participantes a tocar sua barriga, realizando uma automassagem e tentando perceber a presença da vida em seu útero. O objetivo desse momento foi fortalecer o vínculo da díade mãe-filho, principalmente naquelas que estavam numa idade gestacional onde o bebê mexia, proporcionando, assim, a proposta e importância do apego.

Com exercícios de respiração e toque, pretendeu-se permitir que cada gestante desfrutasse da oportunidade em aprofundar o vínculo e o apego, tocando seu próprio corpo e, ao mesmo tempo, fazendo um carinho em seu bebê.

Após a automassagem na barriga, as gestantes foram orientadas a retirar as vendas e indagadas com duas perguntas norteadoras:

1. Que sentimentos presenciei ao ser cuidada?
2. Que sentimentos percebi cuidando de meu filho?

4.4.2.4 Ouvindo o chamado

O quarto encontro teve como ideia inicial a vivência de acolhimento proposta por Rocha (2016), com técnica de relaxamento direcionada às gestantes por meio de uma música instrumental extraída da página da internet *YouTube*, com o título de: “Música para bebês com Sons da natureza”. Tal música continha canções de ninar integradas a sons da natureza e era de autor desconhecido. Utilizou-se um notebook, uma caixa de som pequena e vendas para facilitar a concentração, evitar a dispersão e, conseqüentemente, conversas paralelas.

Ao som da melodia, cada gestante de olhos vendados foi convidada e encorajada a visualizar seu bebê desde o nascimento até os 12 meses de vida, num momento de autoencontro integrado a um encontro íntimo com seu bebê, inspirando e expirando a paz daquele momento.

Em seguida, foi abordado um segundo momento norteadado pela música. A condução se deu com a continuidade da estória de Maria na seguinte narrativa:

“No final da tarde, após um dia cansativo e estressante, Maria se sente incomodada com um intenso barulho vindo da casa vizinha. Discussões, lamentações e um som alto de uma música a incomoda. Tentando relaxar, coloca seu fone de ouvido e começa a ouvir uma música do seu agrado, tentando esquecer um pouco o estresse vivido. Nesse momento, ela sente seu bebê mexer”.

Após a condução da narrativa, foi realizada uma técnica grupal com o uso de uma caixinha de música que, após acionada, passava de gestante a gestante até o término do som. Em seguida, nas mãos da gestante escolhida aleatoriamente, era direcionada uma pergunta norteadora. Ao todo foram feitas três perguntas ao grupo, fomentando uma discussão em roda de conversa, cujo tema principal foi a relação da música no vínculo mãe-bebê-mundo.

1. Qual a importância da música para você?
2. Que benefícios a música pode trazer para a mãe?
3. Que benefícios a música pode trazer para o bebê?

O uso dessa abordagem de grupo veio de um contexto embasado em pesquisas que descrevem a importância da música na maternidade e na relação mãe-filho-mundo. O termo mundo se refere ao ambiente onde estão inseridos.

Na sequência desse encontro, seguiu-se o último momento no qual as participantes, de olhos vendados, foram submetidas a ouvir a música de autoria do cantor e compositor Roberto Carlos (1967) “Como é grande o meu amor por você”, cantada na voz de Hebe Camargo, no CD do Padre Marcello Rossi (2008), “Paz Sim, Violência Não”.

A música foi escolhida por abordar em sua letra questões intrínsecas a respeito do amor, afeto e declarações de sentimentos expostos pela cantora, descritos nas seguintes frases: “Esta letra diz todo amor que vocês têm por seus filhos”; “Em nome de todos os filhos [...] É meu filho! Amor de mãe é sempre o maior [...] Mães! Eduquem seus filhos [...] Meu filho: o mundo te ama [...] Te amo! Não dá para explicar” (sic).

Nos momentos em que a música foi tocada e ouvida, foram captadas, por meio de filmagens, a linguagem corporal, emoções e reações das gestantes ao ouvirem a letra. Com isso, buscou-se despertar o que estava adormecido e que promovesse a liberdade para o agir na maternagem, estimulando um pensamento crítico e reflexivo e algo que pudesse ser visto e sentido como fenômeno. Foram explorados, em cada íntimo, alguns sentimentos que ocultavam e bloqueavam os instintos maternos, fortalecendo o vínculo da mãe-filho e induzindo o papel de gestar, cuidar e amar.

4.4.2.5 Presenciando o holding

No quinto e último encontro com as gestantes, intitulado como “Presenciando o holding”, abordou-se um momento dialógico norteado pelo *holding* e a mãe suficientemente boa proposto por Winnicott (1990).

Essa vivência se identificou parcialmente com a aplicada na atividade de grupo operativo descrita como “Passa bonecos”, utilizada por Van der Sand *et al.* (2011). Porém, a abordagem e alguns objetivos propostos foram reformulados e aplicados de modo diferente.

Inicialmente, foi proposta uma roda de conversa sobre o que seria uma mãe suficientemente boa. Para facilitar o diálogo, foram dispostas ao chão, em forma de mandala, algumas palavras-chave: cuidado materno, medo, amor materno, rejeição, ódio materno, capacidade de amar, apoio necessário, dificuldade de ser mãe, insegurança, dúvidas, ausência, aborto, amamentação, vida, morte, segurança, proteção insegurança e paz, digitadas em pedaços de papel, juntamente com alguns objetos: mamadeira, almofadas de coração dispersas em quatro pontos do círculo, CDs de música para bebês e seios artificiais.

No centro da Mandala, ficou um bebê fictício com cordão umbilical, em posição de decúbito dorsal com face voltada para cima, como se estivesse no útero representado pela mandala. Para dar mais vida à mesma, foram colocadas figuras ilustrativas de mães amamentando, livros utilizados nesta pesquisa, revistas e outros livros com imagens de gestantes, cadernetas de gestante, dentre outras imagens relacionadas à gravidez.

As gestantes foram convidadas a escolher três palavras dispostas ao chão, na ordem de classificação que elas mais se identificavam. A única gestante que não sabia ler foi orientada por uma colaboradora da pesquisa. Em seguida, todas foram convidadas a pegar uma palavra ou objeto disposto no meio do círculo, que mais a chamasse atenção, e relatar que significado o mesmo lhe transmitia. Essa proposta surgiu com o intuito de resgatar os fenômenos mais intensos que estavam sendo sentidos ou percebidos pelas gestantes durante o último encontro.

Após o diálogo com abordagem no cuidado e no vínculo norteado pelas palavras escolhidas, as gestantes foram convidadas a colocar vendas. Rapidamente, a mandala foi removida sem que elas percebessem, seguido de um pedido para que todas retirassem suas vendas. Assim, elas se depararam, ao centro da roda, com outro bebê fictício, tipo recém-nascido.

Nesse instante, procurou-se despertar na mãe imagens futuras de seu filho e questões de maternagem. Nessa ocasião, foi feita a seguinte pergunta: “Eu me sinto preparada para cuidar de meu filho?”

Após as respostas das participantes, foi proposto ao grupo que uma gestante se levantasse, retirasse o bebê do centro do círculo, colocasse em seus braços e relatasse sentimentos despertados daquele momento através de outra pergunta norteadora: “Que sentimento eu quero transmitir a meu bebê neste momento?”

Após a resposta da mesma, iniciou-se um intenso movimento no ambiente, onde circulariam emoções, sentimentos ou rejeições proporcionadas pela subjetividade de cada participante. A gestante passava o bebê para a mãe ao lado, que respondia a mesma pergunta e passava o bebê à outra, subsequentemente. Assim, todas experimentaram essa vivência, com emoções, sentimentos e diferentes modos de perceber o fenômeno de presenciar o *holding*.

O propósito desse encontro foi despertar os significados da mãe suficientemente boa, a aceitação do *holding*, a afetividade, o apego, a maternagem e a possível superação dos medos em relação ao cuidado com o bebê, suscitando sentimentos adormecidos, comoção e um despertar ao real valor papel exercido pela maternidade, dentre eles o amor e a proteção.

No fim do momento *holding*, o bebê foi recolocado no centro do círculo e todas realizaram uma avaliação final, com o ritual de conotação positiva, aplicado ao término de todos os encontros.

4.4.2.6 Rituais de conotação positiva: *partilhando a experiência*

Descritos como a última etapa da TCI, os rituais de conotação positiva valorizam a fala, o esforço, a coragem, a sensibilidade e determinação de cada participante ao término do encontro, permitindo que as participantes repensem seu sofrimento de modo mais abrangente, ultrapassando os limites da dor e tristeza, dando um significado resolutivo à sua crise e identificando recursos pessoais que reforcem sua autoestima (BARRETO, 2008).

Ao fim de cada atividade proposta nesta pesquisa, as participantes eram convidadas a se levantar e dar as mãos numa conduta de dar e receber inúmeros sentimentos bons e virtudes compartilhadas por meio de um círculo. Depois, era solicitado que cada gestante se apoiasse no ombro da outra e ficassem balançando ritmicamente, lembrando que tudo que está parado gera dor e sofrimento.

Num apoio coletivo em círculo, o pesquisador solicitava, por meio das seguintes perguntas, que cada participante descrevesse resumidamente ou em uma única palavra o que foi captado na vivência:

1. Que experiência eu levo do que presenciei hoje?
2. O que mais me influenciou ou afetou na experiência vivenciada no grupo?

4.4.3 Avaliação dos encontros

Nessa última fase, foi aplicado, ao término do último encontro, um formulário direcionado às gestantes (APÊNDICE C) contendo perguntas tricotômicas, de múltipla escolha e mistas, com a finalidade de avaliar toda a tecnologia aplicada. A abordagem foi direcionada face-a-face com as entrevistadas, a fim de se colher o máximo de informações fidedignas.

As filmagens e fotografias tiveram o objetivo de acompanhar e avaliar, por meio da observação, as expressões corporais, sentimentos e emoções no momento das falas. Sobre os benefícios da filmagem, Calil e Del Re (2009, p. 17) descrevem:

A vantagem metodológica do registro em vídeo está no fato de se preservar e resgatar ao menos parte dessa dimensão multimodal constitutiva de um processo de escritura em ato e que pode interferir na criação de um texto. A consideração da dimensão multimodal que incorpora aqueles aspectos (imagético, gestual, expressivo e contextual) poderá ajudar a interpretar elementos que surgem ao longo desse processo.

O uso desses instrumentos aplicados durante a pesquisa teve o objetivo de proporcionar suportes na consolidação da tecnologia proposta, criticando e fornecendo sugestões para o aprimoramento da mesma, enquanto as participantes pesquisadas foram cuidadas.

No processo da coleta de dados, as reflexões dos temas abordados, que constituem a essência da experiência vivida, foram redigidas e interpretadas por meio da descrição dessas vivências.

No quadro 1, está descrito o resumo das atividades propostas durante os cinco encontros com as gestantes, incluindo o objetivo de cada uma, os recursos utilizados, a forma como foram conduzidas, as perguntas norteadoras e as partilhas de experiências entre as participantes do estudo.

Quadro 1 - Resumo das atividades propostas nos cinco encontros de grupo com gestantes. Fortaleza-Ceará, 2016.

Encontros grupais	Objetivos	Recursos materiais	Atividade proposta	Perguntas norteadoras	Partilha de experiências
Desenhando o vínculo	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer determinados embasamentos subjetivos a respeito da maternidade e maternagem das colaboradoras da pesquisa; - Analisar possibilidades de aceitação da maternidade e maternagem para as atividades subsequentes; - Propor mecanismos iniciais para auxiliar no vínculo da gestante com seu conceito. 	Papel A4, pinceis, canetas.	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar que a gestante desenhe na metade de um papel A4 como ela se vê ou percebe grávida e, na outra metade, como ela se vê (futuramente) com seu filho. - Registrar no desenho o nome do bebê. - Propor uma roda de conversa direcionada por quatro perguntas norteadoras conforme a proposta do desenho. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desde quando pensaste em ser mãe? 2. Como me vejo grávida? 3. Como me vejo com meu filho? 4. O nome que escolhi pode influenciar na vida do meu filho? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que experiência eu levo do que presenciei hoje? 2. O que mais me influenciou ou afetou na experiência vivenciada no grupo?
Projetando e moldando a vida	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a percepção e autoimagem das colaboradoras da pesquisa; - Melhorar a autoestima da gestante; - Estimular qual o sentido da gravidez para a gestante; - Resgatar projetos/ideais de vida que integrem e vinculem a tríade mãe-bebê-mundo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Massa de modelar com cores diversas, papel A4, canetas, cartões de mensagens e envelopes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar pedaços de massa de modelar a cada gestante, solicitando que molde, individualmente, como se percebe grávida; - Propor roda de conversa avaliando os diálogos pelas moldagens; - Entregar cartões as gestantes, solicitando que escrevam uma mensagem ou um breve texto, que remeta sua gravidez como um sentido, para ser lido futuramente a partir das perguntas norteadoras. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual o sentido da gravidez em minha vida? 2. Qual é meu projeto de vida a partir gestação? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que experiência eu levo do que presenciei hoje? 2. O que mais me influenciou ou afetou na experiência vivenciada em grupo?

Encontros grupais	Objetivos	Recursos materiais	Atividade proposta	Perguntas norteadoras	Partilha de experiências
Cuidando da vida	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a importância do autocuidado com a gestante e o cuidado com o bebê; - Fortalecer o vínculo mãe-bebê. 	Lençóis, bacias com água, toalhas, hidratante para mãos, vendas, aparelho de som portátil, CD com músicas de relaxamento.	<p>No primeiro momento vendar cada gestante, cobri-las com lençol, imergir seus pés em pequenas bacias com água e colocar hidratantes em suas mãos. Massagear suavemente cada participante proporcionando cuidados para que se percebam no útero, assumindo o papel de feto.</p> <p>No segundo momento, desconectar-se de cada gestante, deixá-las somente de venda e pedir que massajeiem sua barriga, tocando-a suavemente e sentindo a presença de seu filho no ventre.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que sentimentos presenciei ao ser cuidada? 2. Que sentimentos percebi cuidando de meu filho? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que experiência eu levo do que presenciei hoje? 2. O que mais me influenciou ou afetou na experiência vivenciada em grupo?
Ouvindo o chamado	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar técnicas ou abordagens com uso da música em grupo de gestantes; - Fortalecer o vínculo da tríade mãe-bebê-mundo. 	- Vendas, aparelho de som portátil, CD com música de bebê, caixinha de música.	Proporcionar um momento de relaxamento com as gestantes (vendadas) com música de ninar. Num segundo momento (sem vendas), ao som de uma caixinha de música, deixar que esta passe de gestante a gestante, até o cessar do som, onde é direcionada uma pergunta norteadora a participante que está com a caixinha em mãos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual a importância da música para você? 2. Que benefícios a música pode trazer para a gestante? 3. Que benefícios a música pode trazer para o bebê? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que experiência eu levo do que presenciei hoje? 2. O que mais me influenciou ou afetou na experiência vivenciada em grupo?

Encontros grupais	Objetivos	Recursos materiais	Atividade proposta	Perguntas norteadoras	Partilha de experiências
Presenciando o <i>holding</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar aceitação da maternidade e maternagem; - Propor mecanismos de resiliência para fortalecer o vínculo da tríade mãe-bebê-mundo. 	<p>Boneco representativo de bebê, imagens da gravidez (revistas, livros, gravuras e etc.), objetos relacionados ao cuidado do bebê (mamadeira, sabonete e etc.), papel A4, vendas, aparelho de som, CD com trilha sonora específica a ser utilizada pelo pesquisador.</p>	<p>Montar uma mandala no círculo onde estão as participantes; ao centro colocar um bebê fictício; anexas de forma circular palavras impressas em papel A4 que se relacionam ao contexto das atividades anteriores, tanto no âmbito da maternidade (amor, aleitamento materno, etc.) ou contrário a mesma (aborto, rejeição, etc.). No restante da mandala inserir alguns objetos que se relacionem a maternidade. Propor uma roda de conversa solicitando que gestantes indiquem palavras ou objetos que mais se relacionem com elas. No segundo momento vendar as gestantes, retirar a mandala do círculo sem que as elas percebam; deixar um bebê fictício ao centro da roda. Solicitar que as gestantes retirem as vendas. Convidar uma a pegar o bebê ao centro, colocá-lo nos braços e verbalizar o que tem a dizer ao mesmo, imaginando a presença de seu filho (a). Passar o bebê a gestante do lado para que todas vivenciem o <i>holding</i>.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu me sinto preparada para cuidar de meu filho? 2. Que sentimentos quero transmitir a meu bebê nesse momento? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que experiência eu levo do que presenciei hoje? 2. O que mais me influenciou ou afetou na experiência vivenciada em grupo?

FONTE: Elaborada pelo autor.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada de acordo com as seguintes etapas: transcrição; organização dos dados; análise dos dados; destaque às declarações significativas relevantes no fenômeno estudado (horizontalização); desenvolvimento de grupos de significado; descrição textual e estrutural do que os participantes experimentaram; interpretação dos achados; e análise de todas as experiências, captando a essência do fenômeno.

A análise qualitativa dos dados foi iniciada após a transcrição das informações dos formulários aplicados às gestantes, através da observação do arquivo em vídeo das cinco atividades realizadas na tecnologia leve.

Alguns registros quantitativos dos formulários foram organizados e apresentados em tabelas, quadros e gráficos construídos através dos programas *Excel* e *World* versão 2010, para caracterização das gestantes. Os dados foram expressos em frequência absoluta e percentual.

As falas e discursos registrados nas filmagens foram o eixo norteador para obtenção dos dados coletados pela tecnologia leve, que foram avaliados e confrontados com a análise transcendental ou psicológica de Moustakas (1994). A mesma se adequou a esta pesquisa por ser menos focada na interpretação do pesquisador e mais direcionada à descrição das experiências dos participantes.

4.5.1 Análise fenomenológica de Moustakas

No estudo fenomenológico, temos a descrição de um significado ou sentido comum para vários indivíduos envolvidos numa pesquisa por meio das suas experiências vividas por um determinado fenômeno (CRESWELL, 2014).

Partindo desse pressuposto, o pesquisador desta dissertação, por meio de uma abordagem qualitativa, identificou um fenômeno, descrito por Van Manen (1990, p. 163) como um “objeto” da experiência humana. No momento da coleta de dados, essa experiência com gestantes poderia gerar fenômenos tais como: um sentimento de exclusão; medo; tristeza; alegria ou outro, dependendo da coleta de dados ou de acordo com o que foi vivenciado como fenômeno.

A análise transcendental ou psicológica de Moustakas (1994) consiste na aplicação dos seguintes passos: o *epoché* ou *bracketing*; a horizontalização; grupo de significados; a análise dos dados; a descrição estrutural da experiência; e o contexto e

situações que influenciaram nas experiências do pesquisador, abordando como o fenômeno foi experimentado.

No primeiro passo na redução fenomenológica, denominado como *epoché* ou *bracketing*, etapa crucial também descrita na pesquisa-cuidado, o pesquisador necessitou se afastar o mais humanamente possível de suas experiências preconcebidas, para melhor entender as experiências e a essência do fenômeno captado pelas participantes do estudo (CRESWELL, 2014).

Após esse afastamento, foi proposta a horizontalização, presente na análise de Moustakas (1994), na qual foram listadas as declarações significativas, citações ou narrativas relevantes para o tópico do estudo, lhes atribuindo igual valor e uma compreensão de como as participantes pesquisadas experimentaram o fenômeno.

No terceiro passo, denominado grupo de significados, foram agrupadas as declarações das participantes em temas específicos ou unidades de significado. Nessa fase, foram removidas as declarações repetitivas e redigida uma descrição do que foi experimentado pelas participantes (MOUSTAKAS, 1994 *apud* CRESWELL, 2014).

Após o término dos três primeiros passos da análise dos dados, o pesquisador descreveu sobre o que foi experimentado pelas participantes, ou seja, foi apontada uma descrição textual do significado que as gestantes vivenciaram. Em seguida, foi realizada uma descrição estrutural da experiência: o contexto, o ambiente e as situações que influenciaram em suas experiências, abordando como o fenômeno foi vivenciado através de uma descrição estrutural ou variação imaginativa. Em seguida, foi formulada a essência do fenômeno pelo pesquisador, descrevendo-o num longo parágrafo ou dois, destacando as experiências comuns das participantes. Nesse momento, “o leitor deve se afastar da fenomenologia como um sentimento”. Esse último momento é definido de “estrutura essencial invariante (ou essência)” (CRESWELL, 2014, p. 76).

Como relatório final, tem-se, nos vídeos, vozes das participantes, desenhos, imagens moldadas em massa de modelar, cartões escritos do que foi vivido por todas e as reflexões do pesquisador, uma descrição completa e interpretada do problema descrito como um fenômeno.

4.6 Procedimentos éticos

O presente estudo seguiu as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de

Competência de 12 de novembro de 1991, que trata dos aspectos relacionados à pesquisa científica no que se refere a especificidades pertinentes; e na Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Foi disponibilizada a carta de anuência para realização da pesquisa na Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS) de Fortaleza (ANEXO A).

O estudo foi realizado com financiamento próprio. A proposta foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), obtendo a autorização para a realização da pesquisa, através do parecer de número 1.403.785.

Na oportunidade da coleta de dados, foi explicado às participantes que sua participação seria de caráter voluntário. E que, além disso, ocorreria a preservação de seu anonimato.

Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), contendo todas as impressões e esclarecimentos sobre a pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Perfil sociodemográfico das participantes

Ao todo, 14 (catorze) gestantes com vulnerabilidades no contexto da maternagem participaram deste estudo. As características sociodemográficas e gestacionais estão indicadas na tabela 1, no quadro 2 e nos gráficos 1, 2 e 3.

A média de idade foi de 23,5 anos e oito participantes se denominaram pardas (57%). Observaram-se déficits de escolaridade ao se avaliar os anos de estudo, sendo média de anos de estudo de 9,5 anos. A maioria das participantes (quatro) tinha o ensino médio incompleto (28,6%); uma participante é analfabeta funcional (7,1%); duas não concluíram o ensino fundamental (14,3%) e somente três concluíram o ensino médio (21,4%). Duas gestantes terminaram o ensino fundamental (14,4%) e apenas uma participante tinha nível superior (7,1%).

Um quantitativo expressivo de participantes convivia com o companheiro (64%), sendo ao todo quatro casadas (28,6%); cinco vivendo numa união estável (37,5%) e cinco eram solteiras (37,5%). Nenhuma participante desta pesquisa estava empregada, sendo que metade (50%) vivia com renda familiar de um salário mínimo e três participantes (21,4%) viviam com menos de um salário mínimo. As religiões predominantes foram: evangélica (43%) e católica (36%).

Atualmente, é significativo o número de mães solteiras no Brasil, sendo algumas adolescentes e muitas totalmente abandonadas por seus companheiros, tendo que se estruturar com o novo contexto de família dos dias atuais. O Instituto Data Popular descreve o Brasil como um país de 67 milhões de mães, absorvendo uma porcentagem significativa e preocupante de mães solteiras (31%), a sua maioria desempregada (46% desse total trabalham), reforçando uma situação de dependência financeira que pode interferir em outros quesitos, principalmente de ordem psicológica (MELLO, 2015).

Tanto a mãe solteira como a mãe adolescente quando vivenciam uma gravidez não planejada são, muitas vezes, as principais vítimas de inúmeros riscos e vulnerabilidades induzidos por desequilíbrios iniciados dentro do lar, na sociedade, no ambiente e meio cultural onde vivem e se inserem.

É necessário saber lidar com as novas conjunturas familiares perceptíveis na pós-modernidade, bem como alguns avanços tecnológicos, como a reprodução assistida que traz em si questionamentos sobre os vínculos biológicos e papéis de gênero no cuidado da prole.

Tais mudanças remetem reflexões sobre as novas remodelações do ser humano em sociedade, ou seja, como essas mudanças podem afetar a construção social, principalmente nas novas possibilidades e diferentes valores de maternidade, bem como algumas possibilidades e diversos modos de maternagem (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

Tabela 1 - Descrição das informações sociodemográficas das participantes. Fortaleza-Ceará, 2016.

Variáveis		N (14)	%
Faixa Etária	Menos de 18 anos	03	21,4
	18 a 25 anos	07	50,0
	26 a 35 anos	03	21,4
	35 a 40 anos	01	7,1
Estado civil	Solteira	05	35,7
	Casada	04	28,6
	União estável	05	35,7
Escolaridade	Analfabeto funcional	01	7,1
	Ensino Fundamental Incompleto	03	21,4
	Ensino fundamental completo	02	14,3
	Ensino médio incompleto	04	28,6
	Ensino médio completo	03	21,4
	Ensino superior completo	01	7,1
Renda Familiar	Menos de 1 salário mínimo	03	21,4
	1 salário mínimo	07	50,0
	2 salários mínimos	04	28,6
Raça/etnia	Parda	08	57,1
	Branca	04	28,6
	Negra	02	14,3
Profissão/ocupação	Do lar	11	78,6
	Estudante	03	21,4
Religião	Católica	05	35,7
	Evangélica	06	42,9
	Candomblé	01	7,1
	Mórmon	01	7,1
	Não possui	01	7,1
Atualmente vive com companheiro	Sim	09	64,3
	Não	05	35,7

(Tabela 1 - Continua...)

Usa algum tipo de droga	Sim	03	21,4
	Não	11	78,6
Está em tratamento para alguma doença	Sim	02	14,3
	Não	12	85,7

Fonte: elaborada pelo autor. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Dentre os riscos e vulnerabilidades quanto ao uso de drogas, duas das gestantes pesquisadas (14,3%) eram usuárias de maconha e uma era tabagista. Quanto ao uso de drogas na gestação, dados do Ministério da Saúde afirmam que seu uso está diretamente relacionado à violência contra a gestante. De praxe, a violência é mais exercida por seu companheiro ou parceiro íntimo (BRASIL, 2013a).

No quesito de patologias em tratamento, uma referiu que tinha litíase biliar e outra, que é adolescente, relatou histórico de tratamento para depressão, com três tentativas de suicídio.

Braga e Dell'Áglio (2013) referem, num estudo de revisão sistemática de artigos nacionais e internacionais sobre suicídio na adolescência, que alguns transtornos psicológicos, a exposição à violência, o uso de drogas lícitas como o álcool e outros entorpecentes ilícitos, conflitos familiares, histórico familiar para o suicídio e experiências significativas de estresse são fatores de risco que induzem os adolescentes a essa prática, sendo mais comum tentativas no sexo feminino. Em termos gerais, o uso de qualquer bebida alcoólica, bem como o uso do cigarro, deve ser desencorajado durante a gestação (BRASIL, 2006c).

Freitas e Botega (2002) descrevem a gravidez na adolescência como outro fator de risco que vulnerabiliza a gestante para o suicídio e fazem referência a dois grupos heterogêneos característicos da gravidez na adolescência. Um grupo remete à gravidez como um momento de felicidade ao angariar o êxito esperado após as inúmeras tentativas de engravidar, e, em outro contexto, um grupo interligado a sentimentos de desamparo e solidão, no qual tentam fugir desse estado engravidando e aceitando o momento “como a única esperança em uma vida de muita violência e desespero” (FREITAS; BOTEAGA, 2002, p. 248-249). O fato de se sentirem a sós e excluídas pode induzi-las a pensamentos suicidas.

O referencial teórico desses autores se relaciona perfeitamente à história de vida de duas adolescentes desta pesquisa, as quais apresentam histórias de vida excludentes, violentas e relevantes para este estudo.

De acordo com a caracterização gestacional das participantes, descrita no quadro 2, cinco eram primigestas (35,7%); o mesmo quantitativo de gestantes estava na segunda

gestação (35,7%); cinco participantes estavam entre a terceira e quinta gestação (35,7%) e outras cinco tinham histórico de aborto (35,7%).

Treze participantes (92,8%) vivenciavam uma gravidez não planejada e cinco gestantes (35,7%) estavam na primeira gestação. A que tinha mais gestações era uma adulta jovem de 33 anos, que estava na quinta gestação e era a única analfabeta do grupo. Todas estavam realizando o pré-natal pelas equipes da ESF da UAPS Irmã Hercília.

Quadro 2 - Caracterização gestacional das participantes. Fortaleza-Ceará, 2016.

GESTANTE	IDADE GESTACIONAL EM SEMANAS	GESTAÇÃO ATUAL	PARTOS	ABORTO	GRAVIDEZ PLANEJADA	ESTÁ REALIZANDO PRÉ-NATAL	TOTAL DE CONSULTAS
Carol	16	01	00	00	Não	Sim	02
Laura	21	02	01	00	Não	Sim	02
Raylane	9	01	00	00	Não	Sim	01
Ester	23	01	00	00	Não	Sim	04
Dalila	30	01	00	00	Sim	Sim	07
Fernanda	27	01	00	00	Não	Sim	05
Aurora	24	03	02	00	Não	Sim	03
Emilly	30	03	01	01	Não	Sim	05
Dourada	27	02	00	01	Não	Sim	03
Brenda	10	05	03	01	Não	Sim	04
Mariana	17	04	02	01	Não	Sim	03
Joana	12	03	01	01	Não	Sim	01
Ana	16	02	01	00	Não	Sim	01
Alice	05	02	01	00	Não	Sim	01

Fonte: elaborada pelo autor. Dados expressos em forma de frequência absoluta.

Os dados apresentados no gráfico 1 descrevem as primeiras indagações interligadas à aceitação da gestação e do conceito. Oito participantes da pesquisa (57,1%) descreveram que sua gravidez não era um projeto de vida; e cinco gestantes (35,7%) verbalizaram que sua gravidez era percebida como um projeto de vida. Algumas transpareciam uma linguagem corporal duvidosa e ansiosa pelo que estavam sentindo. Diante desse primeiro questionamento, uma se manteve indecisa quanto à pergunta (7,1%).

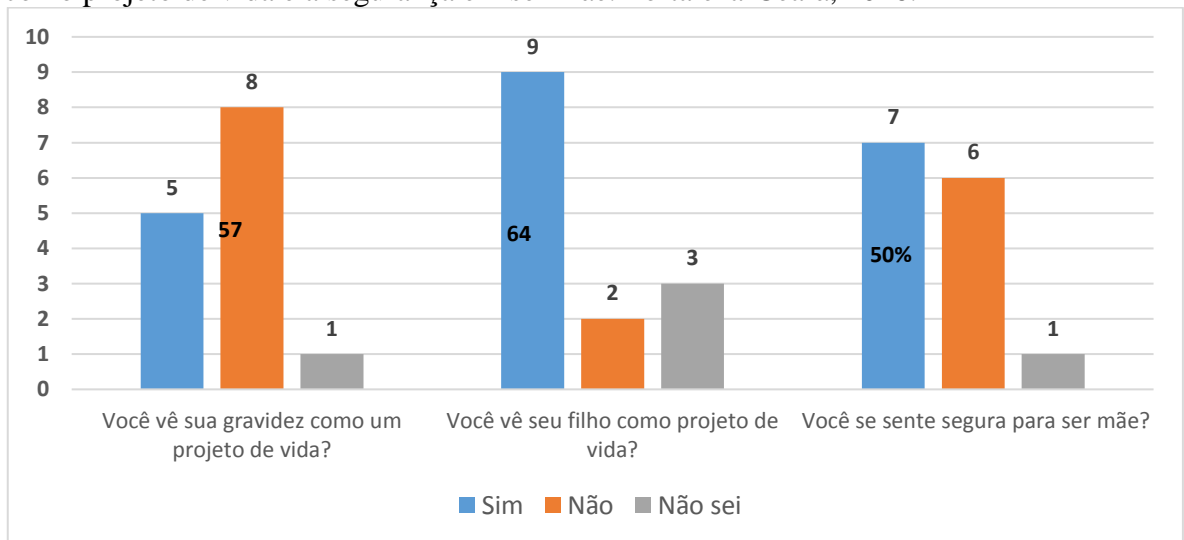
Maldonado (1980) destaca a gravidez como uma situação de crise no ciclo vital da mulher que envolve uma complexa mudança provocada pela vinda do bebê nos quesitos psicológico, biológico, bioquímico e nos fatores socioeconômicos. Tais entraves geram uma preocupação com o futuro, podendo gerar frustração, sentimento de regressão e ambivalência. O fator econômico tem forte influência quando a mulher é a provedora do lar, cultiva interesses econômicos diversos, ou se depara com a possibilidade de não trabalhar, sofrendo privações afetivas e econômicas.

Quando a resposta se direcionou ao filho como projeto de vida, um número expressivo de nove participantes (64,3%) confirmou essa indagação. Duas (14,3%) rejeitaram essa pergunta, afirmando que seu filho não era um projeto de vida, e três participantes não opinaram a respeito desse questionamento. Algumas características observadas na linguagem corporal e verbal foram significativas ao se captar essas informações.

Observa-se, também no gráfico 1, que metade das participantes demonstrava segurança em ser mãe; seis participantes (42,9%) descreveram insegurança para exercer sua maternagem e uma gestante não opinou nesse quesito.

Gradwohl, Osis e Makuch (2013) destacam em seu artigo que o desejo de ser mãe é estimulado precocemente, ou seja, a maternidade e maternagem são despertadas desde a infância com as brincadeiras de bonecas. O fato de estar no íntimo da mulher o instinto materno com o desejo de ser mãe pode ter auxiliado a visão e percepção do filho como projeto de vida.

Gráfico 1 - Descrição das percepções futuras das participantes relacionadas à gravidez como projeto de vida e a segurança em ser mãe. Fortaleza-Ceará, 2016.



Barboza (2009) destaca a importância de mudarmos alguns paradigmas que desarticulam a relação mãe-bebê. Tais mudanças devem partir da base, com possibilidades criativas que encorajem valores e fomentem uma vida plena e saudável tanto ao ser humano, como ao meio ambiente. Essas habilidades criativas devem ser moldadas ainda no útero materno, resgatando a maternagem e a maternidade que precisam ser acolhidas e vivenciadas como sentido. A insegurança em exercer o papel materno deve ser refletida por todos que

fazem parte desse ambiente, em especial aquele onde a maternidade se insere: seu lar propriamente dito.

O gráfico 2 apresenta os principais sentimentos descritos pelas gestantes preteritamente, ao se depararem com a positividade de sua gravidez, e no momento presente da entrevista. Em termos percentuais, observou-se que uma parcela significativa de gestantes demonstrou o sentimento de felicidade (64%) ao serem indagadas sobre qual o sentimento de estarem grávidas. Porém, tal resposta foi um pouco contestável, na opinião do pesquisador, pela percepção, em alguns poucos relatos, de uma linguagem corporal e entonação da voz diferentes do estado de felicidade. O restante descreveu sentimento de preocupação (22%), indiferença (7%) e tristeza (7%). O sentimento de alegria estava diretamente relacionado ao desejo de ser mãe e ao instinto materno em si.

Captando informações pretéritas descritas no gráfico 2, o sentimento de medo com a positividade da gravidez foi expressivo em oito participantes (57%), seguido de alegria (29%), raiva (7%) e indiferença (7%). Somente uma gestante planejou sua gestação, porém vivia em conflitos com o companheiro que era agressivo no lar. Uma gestante inverteu seu sentimento de alegria para preocupação ao responder o segundo questionamento.

Mesmo com a resposta direcionada ao sentimento de felicidade, um quantitativo significativo de gestantes (57%) negou sua gravidez como um projeto de vida, enquanto outras relataram seu filho como projeto de vida (64%). A rejeição dos familiares (50%) e dos companheiros (26%) ao saberem da gravidez, associados à insegurança em ser mãe (43%), foram itens destacados.

No cruzamento das informações, observou-se que seis das oito participantes que referiram medo, quando receberam o resultado positivo da gravidez, demonstravam alegria no momento atual de sua gestação. A que demonstrava raiva no momento pretérito verbalizou o sentimento de tristeza no momento presente de sua gestação. Um manteve o sentimento de indiferença nas duas situações.

Ferman (2009) destaca a sensibilidade e a ambivalência de sentimentos dentre alguns aspectos psicológicos do período gravídico puerperal. A solução encontrada pela gestante para chegar a um equilíbrio satisfatório nesse fervilhar de sentimentos e em determinados conflitos dependerá muito dela.

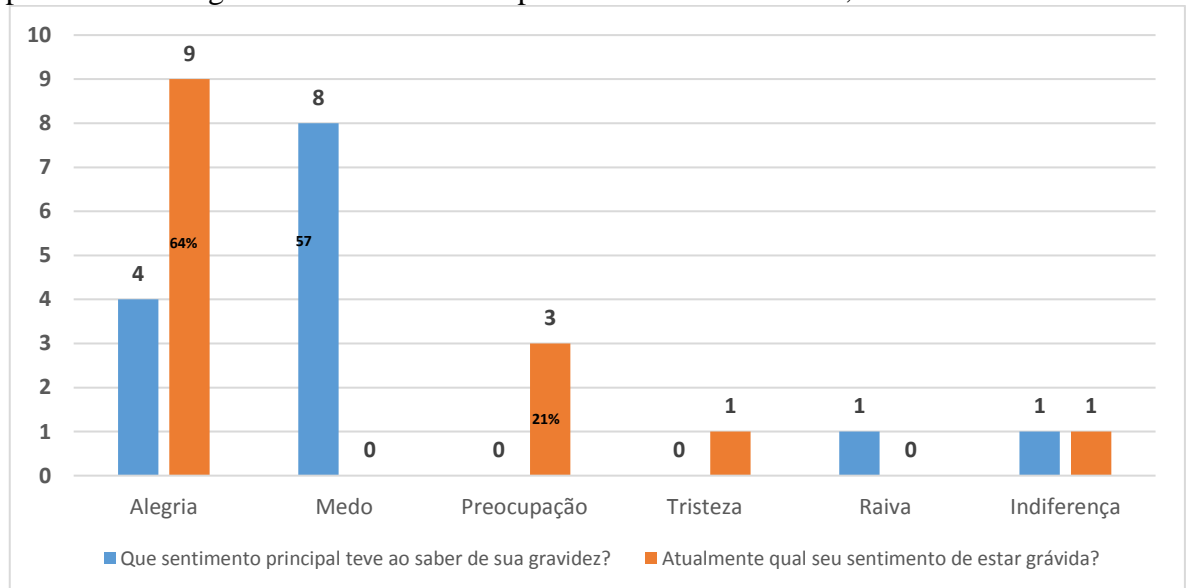
Outro tema pertinente na caracterização das participantes foi o ambiente onde estas estavam inseridas, o qual muitas vezes era permeado pela rejeição, desafeto, dependência e abandono.

O relato da maioria das gestantes reflete aspectos significativos de violência no lar. A violência foi demonstrada principalmente no contexto de rejeição de familiares, principalmente por mães e parceiros insatisfeitos com a gestação, propondo, em alguns momentos de instabilidade de humor, sua interrupção pelo aborto.

A violência contra a mulher no período gestacional interfere significativamente no binômio mãe-filho, podendo acarretar transtornos à saúde como baixa autoestima, depressões, transtornos de comportamento, isolamentos, abortamentos, suicídios, parto prematuro, óbitos maternos e fetais, dentre outros inúmeros riscos à saúde da mulher e da criança, no contexto da saúde pública. Vale reforçar as vulnerabilidades quanto ao uso de drogas, abandonos, não realização ou demora em iniciar as consultas de pré-natal como fatores pertinentes relacionados à violência (BRASIL, 2013a).

Os profissionais de saúde devem entender que esses riscos e vulnerabilidades devem ser notificados de forma compulsória na ficha de violência do SINAN, conforme se estabelecem os protocolos do Ministério da Saúde.

Gráfico 2 - Representação dos principais sentimentos descritos pelas gestantes após a positividade da gravidez e no momento presente. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

O gráfico 3 demonstra uma linearidade entre familiares que aceitaram e rejeitaram a gestação. Na lógica da estrutura e formatação dessa indagação, destacaram-se os familiares mais íntimos e que proporcionaram maior confiança às gestantes. Apesar da linearidade de resultados demonstrada nas colunas azuis, entre apoio e rejeição, esse dado demonstra uma relevância preocupante em quesitos de ordem relacional futura, que poderá interferir

diretamente no vínculo mãe-bebê e em inúmeros contextos de ordem psicológica envolvidos nessa análise.

O gráfico 3 também apresenta a ausência de um apoio, apego ou participação efetiva de quatro parceiros ou pai dos bebês, quando se depararam com o resultado de positividade da gestação. Uma maior rejeição de familiares está destacada na figura materna, quando comparada à recusa dos parceiros. Mesmo a rejeição sendo maior entre os parceiros e maior nas mães das gestantes, o risco na construção do vínculo mãe-bebê também poderá ser afetado significativamente sem a presença do pai.

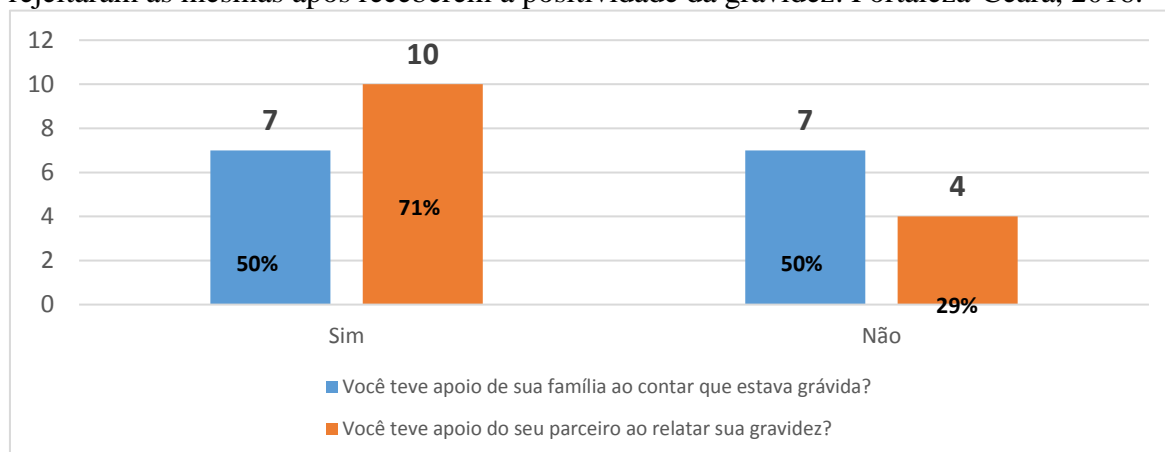
Benczik (2011) descreve a importância da função paterna no psiquismo infantil, redefinida constantemente pelas mudanças no eixo social, cultural e familiar, moldado muitas vezes por separações, divórcios e rejeições, onde a figura pai é um dos sujeitos principais desse contexto. O autor reforça que muitos problemas educacionais direcionados aos filhos estão relacionados à ausência do pai. De maneira geral, seria importante a presença dos dois progenitores para proporcionar essa educação.

Profissionais de saúde mental e de educação devem estar atentos às diversas abordagens dessa nova estrutura familiar, bem mais frequente, sem a participação efetiva do pai, podendo interferir no ambiente da díade mãe-bebê e afetar a estrutura psíquica, a autoestima, a independência e o desenvolvimento cognitivo e social da criança (BENCZIC, 2011).

O quantitativo de parceiros que apoiaram a gravidez em comparação à aprovação familiar foi significativo. Mesmo com determinadas divergências, a presença e apoio do companheiro foram essenciais para proporcionar mais resiliência para o enfrentamento da rejeição.

Rodrigues e Chalhub (2009) destacam a necessidade de amar como algo essencial preconizado nos relacionamentos. A necessidade de ser amado, protegido e confortado gera uma reflexão que só o amor não constitui um fenômeno isolado. A partilha de sentimentos, mesmo gerando aversão ou integração, é necessária. Tudo aquilo que o casal vivencia também deve ser considerado. Essas diferenças são muitas vezes provenientes de experiências pretéritas com a própria figura de apego, advinda da mãe ou do cuidador e dos modelos internalizados na memória relacionados a esse.

Gráfico 3 - Quantitativo de familiares e companheiros das gestantes que apoiaram ou rejeitaram as mesmas após receberem a positividade da gravidez. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

5.2 A construção do vínculo e cuidado na abordagem de grupo aos moldes da pesquisa-cuidado

O desenvolvimento da pesquisa-cuidado seguiu seus propósitos de concretização desse estudo. Ao todo, foram seguidos seus quatro passos: aproximação com o objeto de estudo; encontro com o ser pesquisado; estabelecimento de conexões de pesquisa e afastamento do ser pesquisador/cuidador e ser pesquisado/cuidado.

5.2.1 Aproximação com o objeto de estudo

As inúmeras situações de uma área de risco da ESF despertaram algumas reflexões que, com o transcorrer do tempo, gerou indagações a respeito dos porquês da presença de tanta rejeição, abandono, negligências ou outras situações mais angustiantes envoltas no amplo contexto do processo saúde-doença da mulher e de seu filho.

A aproximação com o objeto de estudo se deu na proposta de ações de educação e promoção da saúde fomentada nos grupos de gestantes mais vulneráveis e fragilizadas de vínculo e apego. Foram abordados temas, vivências e momento dialógicos relevantes para que esses estimulassem e proporcionassem maior vínculo das participantes com sua gestação e seu filho, objetivando resultados positivos para estímulo do vínculo. Houve também a integração com outros projetos pertinentes, intervindo continuamente em outros grupos ou ações coletivas que pudessem surgir.

Os encontros com o ser pesquisado na própria unidade de saúde, antes das consultas de pré-natal, ou no território, por meio da visita domiciliar, objetivaram captar as participantes que mais se adequassem a esta pesquisa. Enfim, tudo foi planejado e pactuado de forma satisfatória, respeitando-se o cronograma de atividades proposto.

Para conhecer melhor um pouco da realidade de cada participante e desvelar o papel da maternagem e maternidade dessas, tanto no primeiro contato da pesquisa pelo preenchimento do formulário, como nas atividades subsequentes em grupo da ESF, foi proposta a aplicação de uma tecnologia leve com propósitos inovadores, abordando temas e vivências relevantes interligados à tríade mãe-bebê-mundo.

A escolha do material metodológico atendeu aos propósitos do estudo, buscando a significação e a aplicabilidade adequada das vivências no desenvolvimento de ações do cuidar, objetivando, assim, despertar sentimentos e percepções adormecidos no íntimo das gestantes, em ambiente que propusesse segurança, confiança e disponibilidade de se relatar toda alegria, dor ou sofrimento vivenciados e proporcionados pela maternidade, captando-se, assim, resultados confiáveis aos objetivos propostos.

5.2.2 Encontro com o ser pesquisado

O encontro com o ser pesquisado aconteceu de modo contínuo, participativo e acolhedor, uma vez por semana e com poucas faltas. No primeiro e último encontro, houve 100% de presença e, nos outros três momentos, uma falta por encontro (média de 0,6 falta por encontro), por quesitos já justificados na metodologia. O local escolhido para esta pesquisa se adequou às necessidades das participantes, acontecendo dentro do território do lagamar, no CDDHL.

Foram convidados quatro profissionais de saúde (sendo uma enfermeira e três ACS) e quatro acadêmicos (dois de enfermagem e dois de medicina) com o intuito de: organizar cada momento, auxiliar no silêncio do ambiente, ajudar o pesquisador na condução das falas, ofertar o lanche e filmar os encontros. Ressalta-se que esse quantitativo de colaboradores não estava presente em todos os encontros, ocorrendo divisões entre alguns para auxílio em dias específicos. A psicóloga e assistente social do NASF e alguns funcionários do CRAS, dentre esses uma assistente social, foram convidados a participar dos encontros, porém, sem justificativa oportuna, mantiveram-se ausentes, não participando da pesquisa.

Aspectos relacionados à ambiência do espaço cedido dificultaram a qualidade de obtenção dos dados. A pouca luminosidade, alguns déficits de circulação de ar e a poluição sonora do ambiente externo e dos ventiladores do salão onde ocorreram os encontros foram fatores que atrapalharam um pouco a captação dos áudios das gravações e filmagens. Além disso, fatores ambientais externos proporcionados pelas chuvas atrasaram os encontros, porém não impossibilitaram a realização desses.

Para melhorar a ambiência, utilizaram-se ventiladores portáteis mais silenciosos, sons com músicas suaves e acolhedoras, e foram ofertados lanche e água. Nas vivências que exigiam toque ou que exigiam concentração e impulsionavam comoção, foram entregues vendas e lençóis-toalha.

Apesar de alguns momentos de ansiedade e receios pela falta não justificada de uma participante que terminou abandonando a pesquisa, além da ansiedade pela possibilidade de outras desistências, as vivências se desenvolveram, em sua maior parte, de forma harmônica, dialógica e descontraída em todo o transcorrer do estudo, conforme descrito mais adiante.

5.2.3 Estabelecimento de conexões de pesquisa

No momento em que foram estabelecidas as conexões de pesquisa, integrando teoria e prática, através da pesquisa-cuidado, tanto a teoria (referencial teórico de transição) como a prática (ações de cuidado efetivadas no momento do encontro) possibilitaram a aproximação aos sujeitos para a realização de entrevistas e a aplicação da tecnologia por meio das vivências.

Em cada encontro abordado foi utilizada uma temática a partir de uma vivência de grupo. As vivências tinham o objetivo de estimular o diálogo, fortalecer vínculos, despertar sentimentos reprimidos, captando percepções e o pensamento crítico-reflexivo das participantes.

Para captar as informações, utilizaram-se recursos visuais, gráficos, plásticos e mesmo de ordem corporal, resgatando de maneira ampla o conteúdo necessário abordado nas temáticas, de acordo com a tarefa proferida. Dentre os principais recursos utilizados foi imprescindível o uso de: lápis de cera, pincéis, canetas, papel A4, vendas, bonecos que simulavam um bebê real (02), notebook (01), caixa de som (01), ventiladores portáteis (02), gravadores digitais (02), câmeras (02) e filmadora digital.

No início, foi observado que a timidez ou introspecção de algumas participantes dificultou a abordagem dessas em lidar com a situação proposta, principalmente em se sentirem à vontade ao serem filmadas. Porém, com o transcorrer dos outros encontros, os diálogos fluíram melhor e os sentimentos eram mais expostos por meio da fala e da linguagem corporal. Os momentos finais de cada encontro, durante os rituais de conotação positiva, consolidaram algumas propostas deste estudo, bem como responderam muitos dos objetivos propostos.

A realização das perguntas norteadoras teve como embasamento a análise fenomenológica de Moustakas (1994), descrita da forma como foi experimentado em termos do fenômeno e quais contextos ou situações influenciaram ou afetaram as experiências do fenômeno. Tais indagações foram reformuladas para melhor compreensão das gestantes, se adequando aos moldes para obtenção de respostas que serviram de base para descrição textual e estrutural das experiências comuns dos sujeitos da pesquisa.

5.2.4 Afastamento do ser pesquisador/cuidador e ser pesquisado/cuidado: a prática do epoché

O afastamento se dava ao término de cada encontro, com pactuação de datas e turnos mais favoráveis às participantes. Eram feitos acordos de convivência mediante a impossibilidade de acontecer o encontro por algum imprevisto atenuante, como a falta de energia, ou algum fator climático relevante, como uma forte chuva.

Seguir uma rotina de encontros percebidos por todas as participantes como um momento salutar e, depois, terminar deixando sentimentos de saudade por parte de todos exigiu certa sensibilidade das partes no instante da despedida. Neves e Zagonel (2006) ressaltam o teor relevante desse momento pela sensibilidade em que o pesquisador e o ser pesquisado precisam ter ao se despedir.

Toda trajetória metodológica foi cuidadosamente planejada após o afastamento com o ser pesquisado. Os conteúdos dos arquivos foram analisados minuciosamente para posterior divulgação com sua devida relevância, respondendo aos objetivos propostos.

Os registros captados nas tabelas, quadros, gráficos, áudios e vídeos desta pesquisa serviram para expor o posicionamento das participantes deste estudo, auxiliando o pesquisador a suspender qualquer julgamento ou pressuposto durante as fases subsequentes da pesquisa. Ou seja, ao término da coleta de dados, foi proposto um distanciamento dessas informações e deixado de lado tudo o que se conhece acerca do fenômeno, suspendendo-se

toda e qualquer hipótese ou valor de juízo que poderia antecipar a realidade investigada, propondo-se um entendimento ao fenômeno num nível mais profundo, percebido na vivência de cada colaborador desta pesquisa. Tal afastamento é denominado de *epoché* (CRESWELL, 2014; MOUSTAKAS, 1994; GIL; YAMAUCHI, 2012).

Avaliar alguns dados quantitativos e categorizar analiticamente informações qualitativas por meio de teorias previamente aceitas, impedindo julgamentos, opiniões de senso comum ou conceitos antecipados foram os mecanismos utilizados para manter o máximo possível da essência das experiências individuais.

Para captar melhor a essência do fenômeno estudado na pesquisa fenomenológica, Gil e Yamauchi (2012) descrevem que é desnecessário formular hipóteses. Em termos específicos, praticou-se uma redução fenomenológica para propor uma validade interna à pesquisa, evitando hipóteses e propondo uma maior relevância à mesma.

As questões norteadoras dos formulários e indagações aplicadas nos diálogos em grupo relacionavam-se a contextos da maternagem e maternidade. Reconhecer e abandonar temporariamente esses temas auxiliou significativamente a compreensão, interpretação e análise do fenômeno.

5.3 Captando a essência de cada encontro como um fenômeno

5.3.1 Desenhando o vínculo: adentrando na subjetividade por meio do desenho

Essa abordagem inicial auxiliou na proposta de adentrar na subjetividade de cada participante da pesquisa e gerar certo grau de confiança com o pesquisador, para que toda a construção do projeto fosse aceita. Dessa forma, o estudo foi prosseguido e concluído com o mínimo de rejeição das participantes.

Sabendo-se que o primeiro momento foi desafiante e relevante para se dar continuidade satisfatória aos encontros subsequentes, foi proposto um espaço acolhedor, separado do ambiente externo, que deixasse as participantes à vontade, principalmente devido a algumas serem tímidas ou caladas demais, proporcionando, assim, uma maior liberdade e confiança em relatar sentimentos, desejos ou segredos, se assim fosse necessário.

Alguns aspectos do ambiente, em especial a presença dos colaboradores da pesquisa, poderiam causar certo constrangimento e rejeição durante a proposta do encontro. Dentre outros obstáculos, temia-se também a rejeição das filmagens, que eram realizadas por três colaboradoras em pontos estratégicos do espaço físico proposto.

A narrativa da estória de Maria estimulou as falas das participantes, auxiliando de forma positiva a liberdade em dialogar sobre o tema proposto. Foi significativa a apresentação inicial pelo desenho, induzindo o pouco do sentimento e autopercepção descritos nos relatos de cada participante pesquisada. Vale reforçar que essa atividade não assumiu uma proposta terapêutica, mas sim um mecanismo proposto por uma tecnologia leve que auxiliasse na condução dos objetivos propostos nesta pesquisa.

A seguir, segue-se a descrição de um pouco das histórias de vida típicas das 14 participantes da pesquisa, captadas na experiência e essência desse encontro, e sendo, especialmente, apresentada nos moldes dos desenhos.

Carol, uma jovem gestante solteira de 22 anos, desempregada, primigesta de gestação não planejada, residente de uma área de risco da ESF, apresentou-se de modo espontâneo, porém com uma linguagem corporal que expressava uma solidão amplamente exteriorizada, possivelmente pelo desamparo de seu companheiro, que a abandonou ao saber de sua gravidez.

Ao se apresentar pelo desenho, relatou que sempre quis ter um filho. A maternidade era um sonho, mas temia o abandono, fato esse concretizado. Sua percepção ao se desenhar grávida demonstrou uma postura minimizada: pensativa e solitária numa rede, sem a presença de um ambiente de apoio, parada no tempo e absorvendo um sentimento ambivalente de felicidade e sofrimento. Em seu relato, descreve: “Eu botei eu assim, eu na rede, porque eu me sinto às vezes feliz porque eu sonho que eu vou ser mãe, e às vezes triste porque, assim, a situação que eu passo [...] E porque não tem pai” (sic).

No segundo desenho, a presença do filho, o qual ainda não relatou o nome por não saber o sexo, aparece num momento de superação, onde o apego e o vínculo mãe-bebê assumem uma proposta real de resiliência. Sobre esse momento, a mesma descreve: “Eu me vejo muito feliz apesar de tudo... Que seja sempre assim! Quero estar com ele sempre nas horas mais difíceis”.

Após ser indagada novamente e estimulada a falar sobre o possível nome do bebê, respondeu: “Se for menina é Maria Gabriele, e se for menino é Taylon Gabriel” (sic). Avaliando as falas de Carol, observou-se uma característica peculiar em comum com as outras gestantes: o fato de denominarem seus filhos com nomes bíblicos ou de anjos, subtendendo-se a possibilidade dos futuros filhos ou filhas serem bênção ou anjos protetores e de suporte em suas vidas.

Figura 1 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Carol. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Laura, casada, do lar, residente numa área de risco da ESF, tímida gestante de 24 anos, secundigesta de uma gestação não planejada, apresentava linguagem corporal introspectiva e um olhar tímido perceptível desde o primeiro encontro. Relatou a insatisfação com a gravidez devido a questões financeiras, particularmente por estar desempregada e ser dependente do esposo que recebe um salário mínimo. Desejava ser mãe desde quando se casou aos 20 anos, mas estava muito insatisfeita por não ter planejado a atual gestação.

Ao se desenhar grávida, descreveu: “Desenhei eu feliz! Desenhei eu e minha filha”. Ao lado do desenho escreveu: “Feliz com minha família”. Entretanto, a figura do seu companheiro não se encaixou no contexto de família nem mesmo no momento de felicidade observado em seu desenho.

Ao se desenhar com seu bebê, escreveu um pequeno texto ao lado “Feliz e ansiosa pra cuidar dela, dar amor e carinho” (sic). Mostrou-se indecisa quanto ao nome do bebê. Um fato importante de sua vida foi a perda de sua mãe, ainda na adolescência, em virtude de complicações da AIDS. A mesma não tinha um relacionamento afetivo com sua mãe biológica.

Figura 2 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Laura. Fortaleza-Ceará, 2016



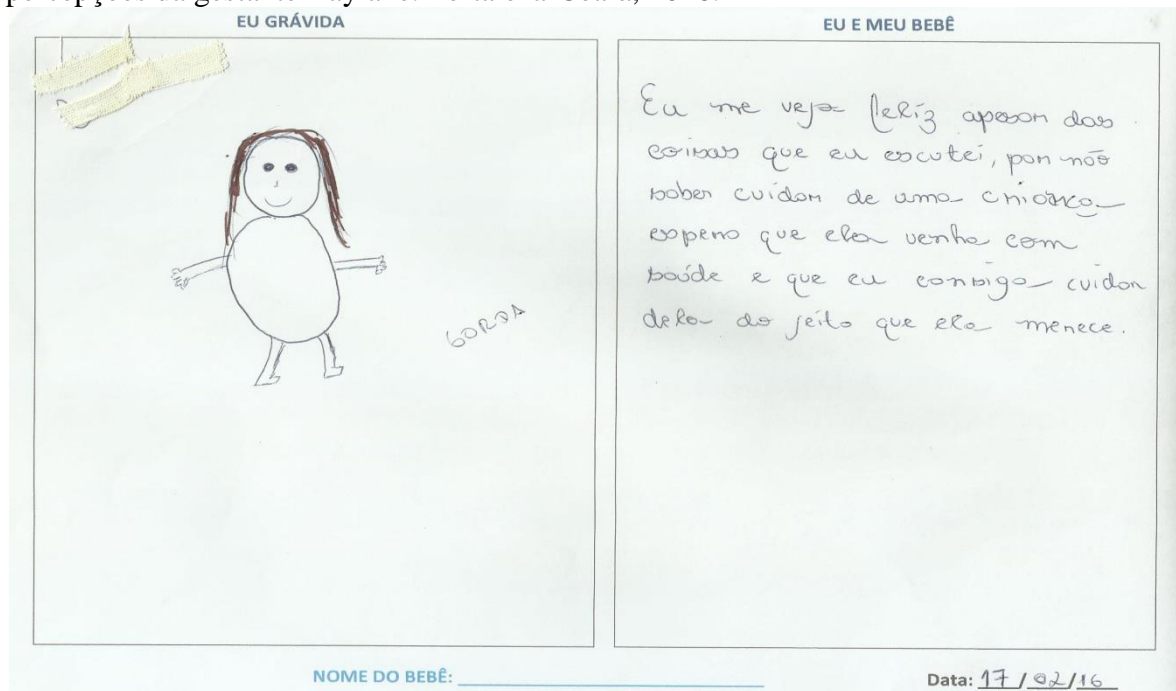
Fonte: elaborada pelo autor.

Raylane, adolescente de 15 anos, estudante, residente com a mãe e irmãos, primigesta de gestação não planejada. Mesmo sendo magra, apresentou-se com uma autoimagem negativa por se perceber gorda. Com uma linguagem corporal de timidez, perceptível por seu olhar mais direcionado para o chão, associada à postura de insegurança e, possivelmente, de insatisfação na gestação, descreveu: “Eu nunca pensei em ser mãe, [...] porque eu sou nova!”. Além da postura tímida, demonstrava uma ansiedade percebida por gestos e palavras.

Devido à relação amorosa atual que mantinha com um adulto jovem possivelmente divorciado, mostrava-se preocupada e sofria com a insatisfação da mãe, a qual não apoiava seu relacionamento ao contestar que seu namorado era mais velho, casado e agressivo com a esposa. Das participantes deste estudo, Raylane era, talvez, a que mantinha o relacionamento mais conflituoso com sua mãe.

A gestante em questão não realizou o desenho com seu bebê, nem registrou o possível nome da criança, porém escreveu: “Eu me vejo feliz, apesar das coisas que eu escutei; por não saber cuidar de uma criança [...] Espero que ela venha com saúde e que eu consiga cuidar dela do jeito que ela merece”.

Figura 3 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Raylane. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Ester, adolescente de 17 anos, estudante, primigesta, com histórico de depressão e crises de ansiedade presenciadas durante atendimentos no posto de saúde. Além disso, também tinha histórico de automutilação em pulsos e três tentativas de suicídio. De todas as participantes deste estudo, Ester foi a que mais chamou atenção.

Abandonada por familiares, a mesma residia numa casa de terceiros, onde se relacionou com o filho, também adolescente, da provedora do lar. Nesse relacionamento, tentava engravidar sem o consentimento do rapaz. Em algumas situações em que o resultado de gestação apresentado foi negativo, Ester comparecia ao posto com crises de ansiedade. Apresentava desentendimentos com o companheiro e insatisfação com a negatividade do exame gestacional. Talvez a tentativa de engravidar fosse um mecanismo de proteção para não perder o vínculo com o namorado e obter a segurança de um lar, que subjetivamente nunca teve. Refere o desejo de ser mãe desde os catorze anos, idade quando foi morar com a família do namorado. Seu histórico de vida apresenta: total exclusão por parte de seus familiares biológicos, além de mágoas e ressentimentos de sua mãe, sentimentos esses destacados em suas narrativas.

Vale reforçar que o contexto de uma gestante abandonada e com pouca estrutura psicológica para criar seu filho, principalmente num ambiente excludente, influenciará

negativamente no futuro desenvolvimento do bebê. Por isso, fala-se da importância da figura materna e do ambiente à sua volta.

Diante desses relatos, Stellin *et al.* (2011, p. 181) descrevem que: “Cada criança nasce envolta em um significado para suas mães e sua família, ocupando um lugar destinado bem antes dela nascer”. O fato de se investir ou não nessa criança irá influenciar e repercutir de forma significativa em seu desenvolvimento.

Durante sua apresentação, mesmo com um sorriso na imagem desenhada, Ester apresentou semblante de duplo humor ou um sentimento de ambivalência descrito no seguinte registro: “Eu me sinto feliz e ao mesmo tempo triste, e um pouco preocupada. Feliz porque eu tô aceitando; porque eu pensava que não ia aceitar. Triste por causa das situações que eu tô passando” (sic).

Ao exemplo de Raylane, Ester não conseguiu se desenhar com seu filho, porém registrou na outra face do papel, numa tonalidade clara, a possível vulnerabilidade em que se encontrava, não registrando com total segurança a sua escrita: “Eu me vejo carinhosa, brincalhona e, principalmente, eu acho que vou me sentir mais corajosa; e também vou me sentir mais determinada”. Ao fim do registro, escreveu numa tonalidade mais escura, possivelmente numa demonstração de firmeza, a seguinte frase: “Eu farei tudo pelo meu filho!”

Figura 4 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Ester. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Residente numa área de risco da ESF, a gestante Dalila, casada, do lar, tabagista, primigesta de 23 anos, se adequou à pesquisa pelos atritos conjugais que vivenciava com seu companheiro, descrito em seus relatos como “doido”, possivelmente por esse ser usuário de drogas e apresentar comportamento instável. Em termos subjetivos, a mesma se apresentou com espontaneidade, de forma extrovertida, cômica e emotiva. Em relato a respeito do seu companheiro, descreveu: “esse meu doido era todo doido mesmo, doido muito errado, aí Jesus abençoou, arrumou um trabalho, se endireitou. [...] Ele é perturbado, mas eu amo.” (sic).

Ao se desenhar grávida, fez questão de registrar sua família, composta por seu marido e o cachorro de estimação. Num desenho colorido, descreveu, em tonalidade rosa, como estava feliz com sua filha, e, em preto, a felicidade estendida com seu companheiro. Na segunda imagem, desenhou, em tons coloridos, como se vê com sua filha no ambiente familiar. Sua imagem de família foi bem expressiva comparada às das outras gestantes.

Seu comportamento bem-humorado auxiliou de modo significativo no equilíbrio das emoções do grupo. Através das brincadeiras e piadas de Dalila, os sorrisos das demais surgiam, suprimindo alguns momentos em que as lágrimas e a tristeza prevaleciam.

Figura 5 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Dalila. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Fernanda, adolescente de 15 anos, estudante, solteira, primigesta de gestação não planejada, residente com os pais numa área de risco da ESF, relatou que nunca pensou em ser mãe. Em seu linguajar, transparecia a mágoa por ter sido rejeitada pelo namorado logo ao

tomar conhecimento de sua gestação. Por relatos da participante, o mesmo a solicitou que abortasse.

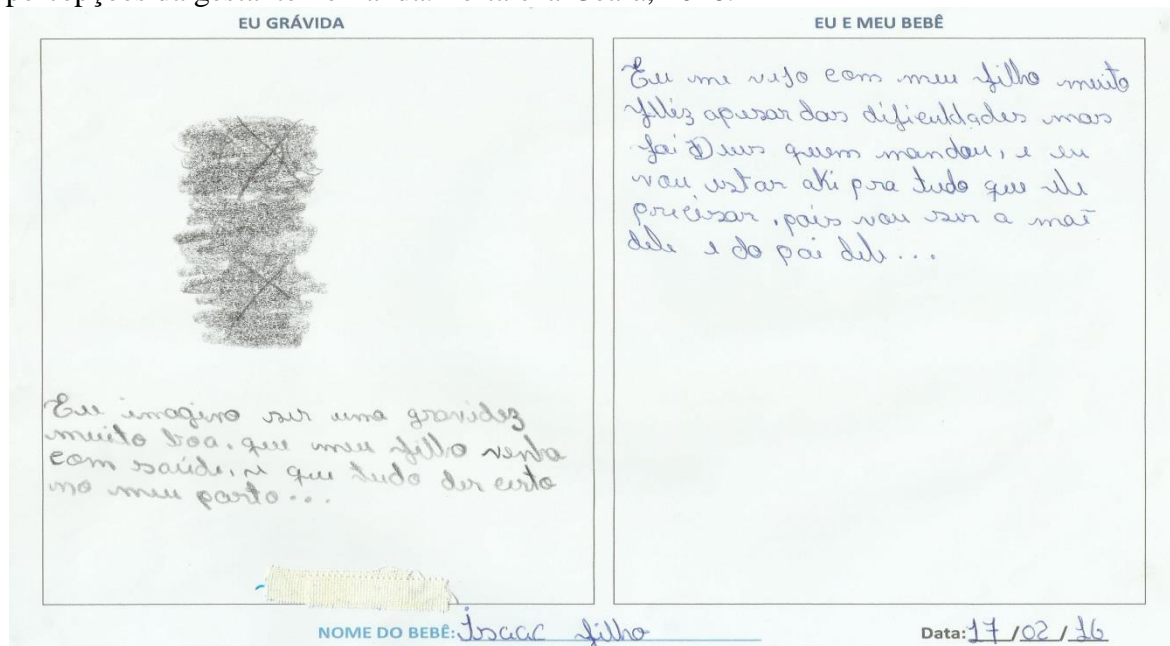
Em sua percepção como se vê grávida, rasurou a imagem, rabiscando-a, o que pode ser subtendido como uma possível rejeição da maternidade. A insatisfação com sua imagem, destacada no papel como uma sombra, foi algo percebido através da seguinte fala: “Eu não desenhei, eu fiz o desenho, mas apaguei porque eu não gostei”.

Num contexto de resiliência, escreveu abaixo da imagem rasurada: “Eu imagino ser uma gravidez muito boa, que meu filho venha com saúde, e que tudo dê certo no meu parto [...]”.

A mesma não se desenhou com seu filho. Destacou, em português errado, uma breve frase: “Eu me vejo com meu filho muito feliz, apesar das dificuldades, mas já Deus quem mandou, e eu vou estar aqui pra tudo que ele precisar, pois vou ser a mãe dele e do pai dele [...]” (sic).

Num contexto de submissão, aceitou a ordem do ex-namorado, pai da criança, que exigiu da mesma o registro do bebê com seu nome, complementando com o sobrenome Filho: “O meu vai ser igual ao do pai dele, Isaac Filho, porque no começo ele dizia, né? Que não queria, mas ele disse se eu não botar o nome do jeito que ele quer, vai ser um inferno! Mas pra evitar confusão, eu vou botar” (sic).

Figura 6 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Fernanda. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Aurora era a gestante mais experiente do grupo com 37 anos, casada, residia com esposo e filhos, tercigesta, gestação não planejada, do lar e a única com nível superior completo.

Em seus relatos, transmitiu segurança ao descrever suas dificuldades, como o desemprego e a preocupação em criar três filhos com uma renda mensal insatisfatória. Assuntos relacionados a déficits financeiros e desemprego foram alguns pontos importantes de seu relato.

Pensava em ser mãe desde quando se descobriu como mulher. Desenhou-se como uma gestante feliz e se expressou por meio do seguinte relato: “Eu me sinto muito feliz, é minha terceira gravidez, mas também veio assim, é [...] inesperada, não tava planejada, mas eu me sinto muito feliz por tá grávida de novo” (sic).

Quanto ao nome de seu bebê, não descreveu na folha, mas verbalizou que, caso fosse homem, teria o nome do pai. No segundo desenho, destacou a importância da família completa e unida num lar estruturado, se percebendo vinculada não somente ao seu bebê, mas também ao ambiente familiar. Sobre o segundo desenho, disse: “Eu me sinto completando a família. Eu coloquei eu, meu marido, meus dois filhos e o pequenininho” (sic).

Figura 7 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Aurora. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Emilly, gestante de 19 anos, solteira, desempregada, secundigesta, moradora em área de risco da ESF, residente com a mãe, filha e irmãos (ao todo, sete pessoas no lar). Bastante extrovertida, mas com sentimento de mágoa e ressentimento pela sua mãe e pelo pai da criança.

Destacou-se como a participante que mais extravasou sentimentos sem medos ou segredos. Mantinha uma postura ativa e positiva, mas às vezes frágil e bastante vulnerável, pela gama de sentimentos que vivenciava. Sentimentos ambíguos de amor e raiva eram comuns em seus relatos.

Em sua percepção como grávida, registrou em desenho uma imagem que demonstrava felicidade ao lado de sua filha. Pensou em ser mãe quando engravidou da primeira filha, mas, na atual gestação, referiu que “não queria”, principalmente por ser dependente da mãe. Essa era descrita em seus relatos como uma mulher insensível, principalmente pela postura em não aceitar outra neta.

Sua fala inicial reforçou a negação ao filho e uma tentativa de aborto. Mesmo se desenhando sorrindo, escreveu ao lado do desenho, num português errado, a seguinte frase: “Mim sinto muito gorda... muita dor... estressada” (sic).

Como um fenômeno captado, a experiência percebida pela linguagem corporal e por seu verbo demonstrou uma dor bem além do que referia: a dor da rejeição. Entretanto, mesmo com as fragilidades proporcionadas pela rejeição, Emilly apresentava, em algumas situações, sentimento de onipotência.

As gestações da participante não foram planejadas. Ao mesmo tempo, estava desempregada e vivia numa dependência econômica que interferia em sua autoestima. Abandonou os estudos em virtude da gravidez.

No contexto da díade mãe-bebê, Emilly desenhou novamente a presença de sua filha mais velha, unida a ela, ambas em proximidade com o bebê. Na escrita destacada ao lado do desenho, descreveu: “Mim vejo a mulher mais feliz do mundo” (sic).

O primeiro nome do bebê foi escolhido pela mãe da gestante, pelo fato da mesma se identificar com o apóstolo Pedro. E o segundo nome (Yan) foi escolhido por Emilly para se adequar ao nome de sua filha Yanca. Percebeu-se, novamente, o destaque aos nomes bíblicos como escolha principal entre as participantes do grupo.

Figura 8 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Emily. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Dourada, 29 anos, casada, primigesta, desempregada, residente em área de risco da ESF. Morava com o esposo e apresentava forte vínculo com a Umbanda. Sua gestação não foi planejada. Em se tratando de gestações anteriores, a mesma tinha histórico de um abortamento possivelmente espontâneo. Apresentava relacionamento conflituoso e de frágil vínculo com sua mãe.

Apresentou-se com um semblante sério, introspectivo, pouco comunicativa e com uma linguagem corporal de desconfiança. Pensava em ser mãe desde a adolescência. Na sua apresentação, não se desenhava grávida nem com seu bebê, justificando que não sabia desenhar. Através de uma curta frase, descreveu: “Feliz! Realizada! Mamãe... Papai...”.

Durante a fase de convite para participar do grupo de gestantes, Dourada quis inicialmente rejeitar a proposta, referindo que não gostava de falar em público. No entanto, quando soube dos objetivos propostos nesta pesquisa, aceitou participar dos encontros.

Figura 9 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Dourada. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Brenda, 33 anos, analfabeta funcional, desempregada, residente com os três filhos numa área de risco da ESF. Seu companheiro estava preso devido ao tráfico de drogas. Estava na quinta gestação, gravidez não planejada, com histórico de um abortamento. Pensava em ser mãe desde a adolescência, tendo engravidado aos catorze anos.

No quesito financeiro, a participante vivia da ajuda de custo que seu esposo recebia no presídio. Às vezes, ela recebia ajuda alimentícia de vizinhos.

Apresentou-se tímida, com olhar direcionado para o chão, utilizando-se de poucas palavras. Algumas vezes se desconcentrava, falando palavras sem nexo perante as indagações. Recusou o desenho pelo seguinte motivo: “Eu não tenho prática pra desenhar. Se soubesse eu desenhava que eu tivesse um parto bom né? Um parto muito desejado e muita saúde pra mim e meus filhos” (sic).

Ao ser questionada como se via com seu bebê, Dourada respondeu: “Me vejo bem”. O primeiro nome do filho foi escolhido pela gestante para homenagear o avô. Já o segundo nome, o pai escolheu.

Figura 10 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Brenda. Fortaleza-Ceará, 2016.

The image shows a form with two large empty rectangular boxes for drawing. The left box is labeled 'EU GRÁVIDA' and the right box is labeled 'EU E MEU BEBÊ'. Below the boxes, there are two fields: 'NOME DO BEBÊ: _____' and 'Data: ____/____/____'. The entire form has a light blue border.

Fonte: elaborada pelo autor.

Mariana, 22 anos, desempregada, obesa, residente em área de risco, quartigesta, com histórico de abortamento possivelmente espontâneo, apresentou-se com uma gestação atual não planejada. Ao saber que estava grávida, teve medo da reação de sua mãe. Em seus relatos e por meio da linguagem corporal demonstrava sinceridade, espontaneidade e segurança.

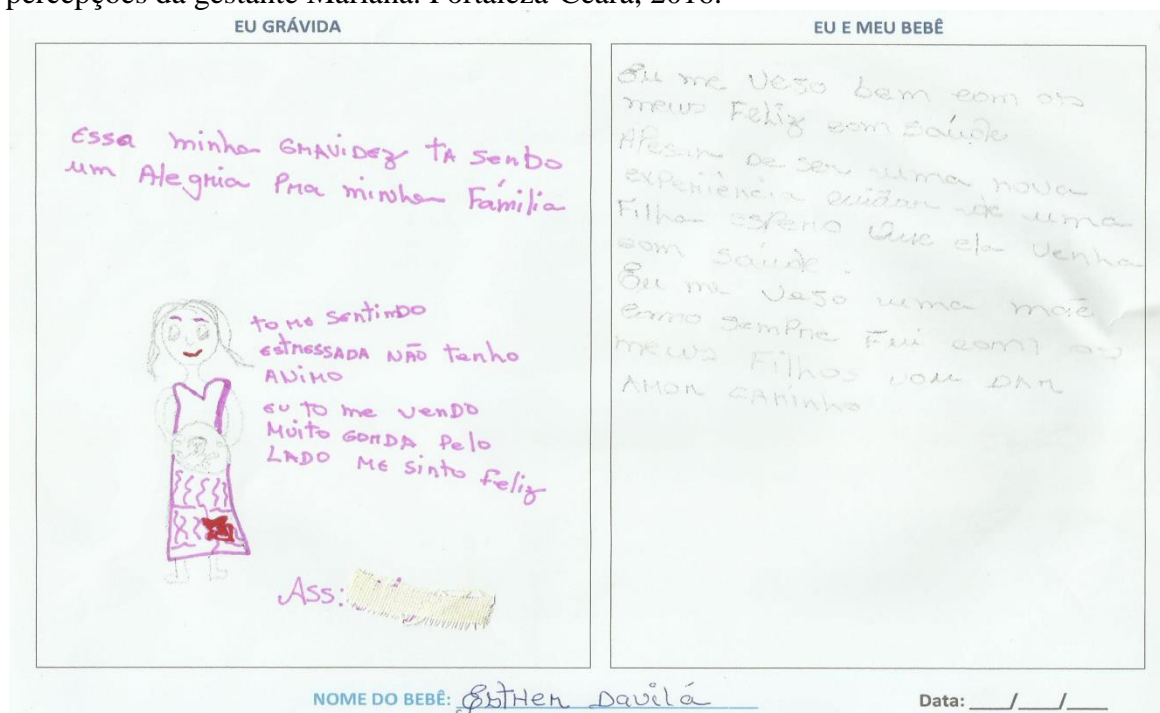
Desejava ser mãe desde quando começou a vida sexual aos treze anos. Engravidou pela primeira vez aos catorze anos de forma não planejada. Mesmo se desenhando feliz, demonstrava estresse, desânimo e insatisfação com o corpo devido à obesidade. Demonstrava nitidamente sentimentos de ambiguidade em seus relatos. Além disso, apresentava um relacionamento instável com sua mãe, referindo sentimento de medo perante as atitudes da mesma.

Por meio de uma pequena narrativa, relatou: “Essa minha gravidez tá sendo uma alegria pra minha família [...] Tô me sentindo estressada, não tenho ânimo. Eu tô me vendo muito gorda. Pelo lado me sinto feliz” (sic).

Não se desenhou grávida com seu bebê, porém escreveu: “Eu me vejo bem com os meus [filhos]. Feliz, com saúde! Apesar de ser uma nova experiência cuidar de uma filha. Espero que ela venha com saúde. Eu me vejo uma mãe como sempre fui com os meus filhos. Vou dar amor e carinho”.

Como estava gerando sua primeira filha mulher, deixava transparecer um sentimento de satisfação com sua gravidez. O primeiro nome da criança foi escolhido pela mãe por ser bíblico. Já o segundo nome, o pai escolheu para combinar com seu nome.

Figura 11 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Mariana. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Joana 27 anos, residente em área de risco da ESF, desempregada, secundigesta, viúva, teve seu primeiro companheiro assassinado em virtude do tráfico de drogas, há três anos. Seus relatos demonstravam ambivalência entre uma intensa insatisfação com a gestação e momentos de aceitação.

Sua fala demonstrava extremo carinho pelo seu esposo falecido. Verbalizou que sempre teve o sonho de ser mãe, tendo concretizado tal desejo quando se casou ainda jovem. A linguagem corporal e entonação de voz dessa gestante demonstravam sinceridade extravasada por meio de sentimentos verdadeiros.

Apesar de se desenhar feliz nas duas imagens, Joana era uma das participantes mais insatisfeitas com sua gestação. Sentiu medo, tristeza e raiva ao saber que estava grávida. Refere que seu ex-namorado, com o qual se relacionou após o falecimento do esposo, engravidou-a de propósito, sem seu consentimento, pois faziam uso do método coito interrompido. A participante relatou tal fato com um sentimento de raiva e expôs que, ao saber da gravidez, abandonou seu segundo companheiro.

Quesitos de ordem econômica, a frustração de depender de terceiros e o fato de morar sozinha com seu filho foram fatores cruciais para a rejeição de sua gestação e do conceito. Na aplicação do apêndice A, informou que ficou “louca” ao saber da gravidez, passando “uma semana com insônia”.

Em seus relatos de apresentação descreveu:

Eu sempre tive um sonho de ser mãe. Desde que quando eu comecei a namorar com meu primeiro esposo; eu fui mãe; aí ele faleceu! Conheci outra pessoa, não pensava em ter filho mais não, aí engravidei, fiquei feliz e não fiquei. Não queria a gestação! Porquanto que eu já tinha uma né? Tava desempregada, aí eu não queria. Só que depois, não por conta do pai, que também pra mim, não fazia nem tanta diferença não, porque eu só mulher suficiente. Criei um e posso criar outro! E porque só pelo mesmo fato de, assim, pensar em conviver só, passar pela mesma coisa, como eu perdi o marido né? Fica aquele medo de criar dois filhos, numa levada só (sic).

Como pontos positivos, Joana teve o apoio da família e do pai da criança ao tomarem conhecimento de sua gestação. Porém, mesmo com o apoio do parceiro, o mesmo não era citado de modo positivo em nenhuma das narrativas da participante, a qual assumiu uma postura de completa rejeição pelo ex-parceiro.

Ao se desenhar grávida, acrescentou a presença de seu filho, relatando: “Coloquei só eu, meu filho e meu bebê por enquanto”. Ao se desenhar com seu bebê, delineou um desenho colorido, cheio de vida, com a presença de uma árvore florida, como que proporcionando a proteção e a sombra necessária a um futuro mais confortante. Na imagem, seu primeiro filho transmitia claramente um sentimento de amor pelo seu irmão. Por fim, a gestante resumiu o desenho com a frase: “Esperança! Um dia melhor para nós” (sic).

Joana não registrou o nome do bebê no papel, mas, após ser indagada, verbalizou que possuía uma opinião formada a respeito do nome e que, dependendo do sexo, seria Rodrigo ou Mariana. Dentre as 14 participantes, foi a que mais expressou a insatisfação pelo companheiro e uma das que mais se envolveu com todas as vivências da pesquisa.

Figura 12 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Joana. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Ana, gestante secundigesta, 22 anos, casada, desempregada, convivia com o companheiro e o filho de outro relacionamento numa área de risco da ESF. A primeira abordagem com essa participante trouxe preocupação ao pesquisador, devido ao ambiente de rejeição onde esta estava inserida. Carregando uma gravidez não planejada, demonstrava extrema insatisfação pela maternidade, por seus familiares e parceiro. Dentre as participantes, era a que revelava maior tendência para provocar aborto.

No momento em que foi aplicado o formulário, mantinha um olhar triste, tímido e, muitas vezes, focado no chão. Descrevia sua gravidez como um obstáculo em sua vida, e seu filho como um entrave que não deveria estar presente no momento. Relatou que nunca pensou em engravidar, e, possivelmente, a primeira gestação também não foi planejada.

Ana chamou atenção pela forma como se apresentou no primeiro encontro do grupo. Com uma postura completamente diferente, desenhou-se numa paisagem especial com flores e um sol radiante, destacando uma rosa e uma árvore com frutos, porém não mantinha seus pés fixos ao chão. Descreveu estar vivenciando um “momento de felicidade”. Ao se desenhar com seu bebê, registrou a imagem da família nuclear, feliz, unida, e um estado de estar “[...] bem, em família.”

Portanto, os registros realizados em seus desenhos foram totalmente contraditórios aos relatos apresentados pela participante no primeiro encontro individual, o que causou

surpresa ao pesquisador. Nos momentos das falas, sua voz se apresentava com entonação baixa, e o olhar não demonstrava a alegria percebida no desenho. Talvez por motivo de desconfiança ou insegurança em demonstrar sua intimidade em grupo, Ana preferiu mascarar sua realidade triste por meio de um desenho feliz. Ou seja, a gestante poderia querer deixar em segredo seus sentimentos e sua real situação de vida. Por outro lado, num curto espaço de tempo entre o primeiro encontro e o momento do desenho, a participante poderia ter se motivado por algo significativo, com o sentido de aceitar sua gestação.

Sobre a escolha do nome do bebê, preferiu Pedro, por ser bíblico, ou Michela, por ter uma filha denominada Michele.

Figura 13 - Descrição do desenho do vínculo, “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Ana. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Alice, gestante secundigesta, desempregada, do lar, com gestação não planejada, também residente na mesma área de risco das demais. Com exceção do parceiro, não teve apoio dos familiares quando divulgou que estava grávida. Demonstrou sentimentos de medo e rejeição ao se deparar com a gravidez. Dentre os fatores que influenciaram a rejeição à gestação, destacou o quesito econômico, pois vivia com menos de um salário mínimo, e o fato de ser mãe de outra criança de três anos, referindo que essa idade atrapalharia a criação de mais um filho.

Pensava em ser mãe desde os catorze anos, quando foi morar com o parceiro. Refere que queria ter outro filho, mas não tão rápido como aconteceu. Mostrava-se tímida, com o olhar pouco fixo e, às vezes, direcionado para o chão, numa postura pouco comunicativa, verbalizando apenas quando era indagada.

Ao se desenhar grávida, Alice rabiscou a seguinte frase: “Eu me vejo grávida” e escreveu a palavra “cansada”. Não se desenhou com seu filho, porém registrou a pergunta: “Eu me vejo como meu filho muito feliz?”. A interrogação refletiu amplamente o sentimento que se encontrava, assim como no item relacionado ao nome do bebê.

Figura 14 - Descrição do desenho do vínculo “eu grávida” e “eu e meu bebê”, nos traços e percepções da gestante Alice. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Fazendo uma compilação da análise do momento “desenhando o vínculo” e comparando os registros e relatos de todas as participantes, tem-se que: Aurora, Dalila e Ana foram as únicas gestantes que ressaltaram o valor da família, destacando a figura do companheiro em seu desenho.

Duas gestantes adolescentes transpareceram uma imagem restrita de dominação e, às vezes, de onipotência. Com uma imaturidade peculiar, como um projeto de vida, achavam-se adultas, relatando a maternidade associada à função de uma dona do lar submissa a um marido provedor. Relatos das adolescentes sobre ter uma profissão e a independência da figura paterna não foram observados neste estudo.

Alguns fatores prisionais que ainda fomentam essas desigualdades de gênero só terão um fim absoluto quando houver emancipação e empoderamento das mulheres numa luta permanente de classe para bloquear essa superação patriarcal, capitalista e preconceituosa (CUNHA, 2014).

Durante a análise das histórias pelos desenhos observou-se, muitas vezes, imaturidade e ingenuidade por parte das participantes quanto às ações de planejamento familiar, responsabilidades em assumir a prole quando o planejamento for falho, obtenção de segurança financeira independente da figura masculina, além de outros contextos de maternagem que deveriam ser relevantes. Ao observar o transcorrer das histórias, destaca-se que o final corresponde à responsabilidade direcionada mais para a figura feminina, aprisionada pela negligência ou abandono de seus companheiros. Em alguns relatos e descrições, a gravidez indesejada era vista como uma vontade de Deus, tal como a frase curta e fechada citada pela gestante Ester: “Deus quem me deu”.

Os profissionais que compõem a ESF têm como papel primordial na atenção primária: inserir medidas eficientes de planejamento familiar antes que o problema de gestação indesejada se instale; aconselhar imparcialmente a respeito dos métodos disponíveis, oferecendo, assim, oportunidades de livre escolha; e promover o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres através da dupla proteção, tanto para gravidez, como para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (VIEIRA, 2010; BRASIL, 2013a).

Caso essas ações falhem, os profissionais devem se autoavaliar e se atentar para a realização de condutas e abordagens coerentes e humanizadas, evitando pedagogias focadas no medo, culpabilização do usuário ou qualquer atitude estigmatizante.

Durante os rituais de conotação positiva deste estudo, foram destacadas as experiências compartilhadas em grupo, bem como a necessidade de conhecimento, conforme destaca Carol: “Eu vou levando aprendizagem e espero aprender mais ainda [...] que eu não sei de nada!”.

A oportunidade de reencontrar pessoas queridas foi um destaque verbalizado pela gestante Mariana: “Rever os amigos [...] Faz muito tempo que eu não vejo [...] e praticamente conheço quase tudo né? Aqui a gente conhecer mais um pouquinho [...]” (sic).

Colocar-se no lugar da outra e perceber que seu problema é menor foi algo relevante destacado na fala de Aurora: “É saber que às vezes a gente acha que nossos problemas são grandes, e a gente vê os problemas dos outros, a gente vê que o nosso é bem pequenininho” (sic).

Os momentos de solidão no lar, captados por sentimentos negativos, merecem destaque na narrativa de Fernanda: “Vou levando muita coisa [...] Saí de casa porque eu tô passando por muitas dificuldades, fico em casa pensando besteira” (sic).

A resistência em querer participar da vivência foi um sentimento mencionado na fala de Raylane: “Eu gostei! Apesar de eu não ter querido ficar, eu gostei!” (sic).

5.3.2 Projetando e moldando a vida: a gravidez como um sentido

Ao se aplicar arteterapia em vivências de tecnologias leves direcionadas à maternidade, tem-se a facilidade de se decifrar o mundo interno da gestante, captando o confronto interno com as imagens moldadas, nas quais “a energia psíquica aí figura”. Compreender a simbologia do que foi construído possibilita um confronto com o inconsciente da gestante e “a tomada de consciência de seus conteúdos”. Nesse meio termo, o que é emoção e o que se torna concreto não é dividido por uma barreira intransponível (BARBOZA, 2009, p. 103).

Reforça-se que alguns conteúdos desta pesquisa seguem mecanismos utilizados em referenciais teóricos consistentes para se atingir os objetivos propostos. Os recursos mais adequados para captar a essência do fenômeno foram escolhidos por sua relevância, tendo sido antes adotados em outros estudos que embasam a arteterapia.

Sobre o entendimento do processo ou trabalho em arteterapia, Nagem (2009, p. 22-23) descreve:

A observância dos processos de transformação na psique e dos processos de transformação plástica, que se configuram durante o caminhar do indivíduo que constrói a sua própria história de escolhas [...] A arteterapia então auxilia o processo de individualização do sujeito. Que possibilita o desenvolvimento de potencialidades latentes e do autoconhecimento.

Foi instituído, portanto, na presente pesquisa, um trabalho por meio da utilização de massa de modelar, objetivando descrever, materializar, simbolizar e libertar algumas dificuldades e sentimentos significativos advindos da gestação, muitas vezes bloqueados no íntimo materno das participantes.

A técnica abordada com o uso da massa de modelar foi uma das mais significativas desta pesquisa. Nesse encontro, somente uma gestante faltou. Uma dificuldade percebida nessa vivência foi o desconforto de algumas participantes em manusear a massa de modelar. O quantitativo de massa e as cores a serem utilizadas ficavam a critério das

participantes, as quais confeccionavam os moldes relacionados à sua percepção enquanto gestantes.

O manuseio da massa de modelar era realizado sobre um papel A4 de cor branca, conforme descrição na figura 15. Objetivou-se, com esse recurso, uma melhor visualização da imagem moldada.

Figura 15 - Atividade com massa de modelar no encontro “Projetando e moldando a vida”. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Cada participante descreveu o significado da mudança em seu corpo, tanto de caráter biológico como psíquico, por meio da massa de modelar. Após realizarem suas representações plásticas, elas verbalizaram como estavam se sentindo e se percebendo como gestantes. Além disso, descreveram os pontos positivos e/ou negativos identificados na gestação relacionados aos seguintes fatores: problematizações sobre o corpo; autoestima; afetos; sentimentos; receios e medos.

Os pontos negativos se direcionavam mais às modificações do corpo, com a apresentação de uma autoimagem distorcida. Muitas se referiram gordas, edemaciadas, cansadas, com aumento das mamas, dentre outros fatores que geravam momentos de estresse. Sentir-se uma “bola” ou um “pneu” eram autodescrições comuns encontradas nas narrativas das participantes (quadro 3).

Uma característica identificada no molde da gestante Emily foi a labilidade emocional. Em sua representação, a mesma destacou as lágrimas nos olhos, fazendo

referência à sua grande sensibilidade e facilidade para chorar, sentimento esse que intensificou com a gravidez.

Dentre outros pontos negativos, destacou-se a ausência do companheiro ou o fato do mesmo rejeitar a criança. Além disso, foi revelado nas narrativas de algumas adolescentes o risco de perder o ano letivo para cuidar do filho, o que representou uma vulnerabilidade acerca do futuro profissional dessas jovens, como a possibilidade de não ingressarem na universidade ou num curso profissionalizante, ou mesmo de não passarem em algum concurso e conseguir um emprego satisfatório.

Como ponto positivo, teve destaque a possibilidade de se vivenciar a maternidade e gerar mais herdeiros, através da simbologia de que ter filho traz felicidade e que essa alegria se transfere com o tempo. Alguns momentos de paz e tranquilidade também foram demonstrados como um fator positivo, como sugere a representação plástica de uma participante que destacou sua autoimagem em uma praia enquanto ambiente pacífico da natureza.

Outro ponto relevante foi uma maior integração do contexto familiar com a figura materna, captada nas falas de algumas participantes. Em outras narrativas, foram observadas possibilidades de aceitação da gravidez.

Dentre as imagens modeladas, somente a de Emilly representou a presença da filha. Todas as demais participantes se destacaram sozinhas, algumas sorrindo, outras com imagens de seriedade ou tristeza. O sol estava presente em três moldagens. Uma gestante justificou essa presença por ser a luz que ela deveria precisar para livrar-se das sombras. Outra participante descreveu a presença de um novo dia, representado pelo sol, com forte significado de mudança.

A ambivalência de sentimentos foi destacada em algumas falas e especialmente identificada na imagem de duplo humor representada pela gestante Ester. Os moldes traçados por ela referiram momentos de alegria e tristeza com sua gravidez.

Ambivalência e intensidade de sentimentos foram fatores observados na fala da gestante Mariana e de outras participantes, de acordo com as narrativas expostas do quadro 3.

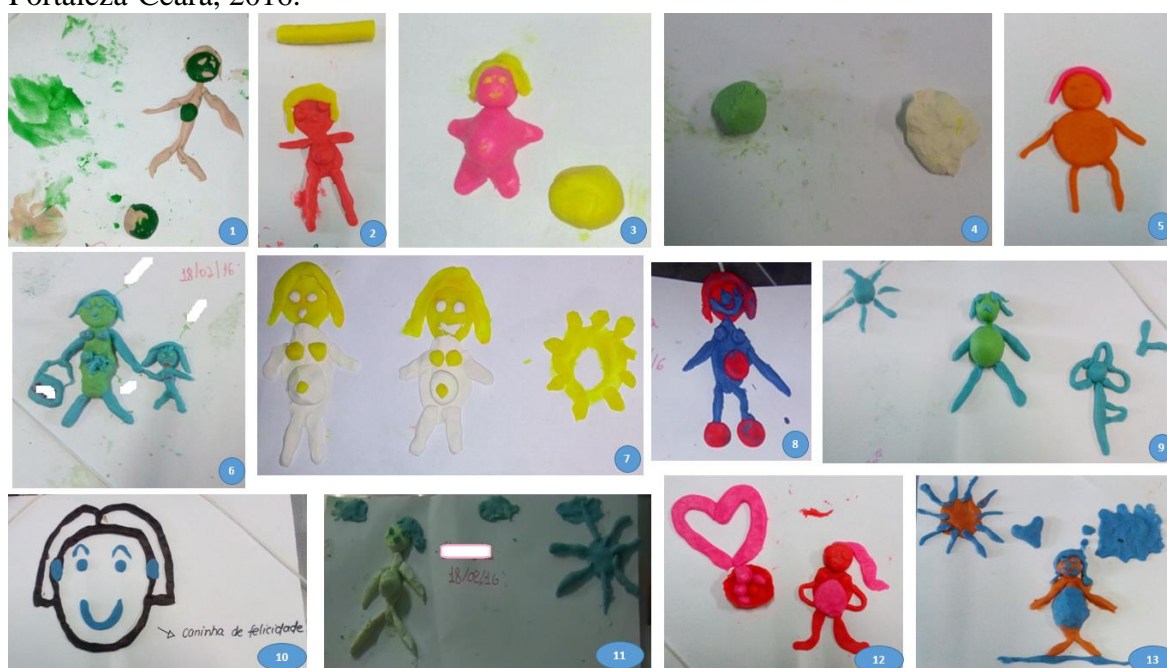
Uma gestante não quis confeccionar o molde, justificando a recusa por sua falta de criatividade. Sua negatividade foi percebida como um sentimento de fuga, na tentativa de se isolar de seu problema para que as outras participantes não percebessem sua ansiedade, interiorizando, assim, sua intimidade.

As representações plásticas captadas nas imagens moldadas pelas gestantes proporcionaram uma significativa exteriorização de sentimentos, além das trocas de

experiências e do aprendizado mútuo, acabando por gerar um repensar a partir da maternidade, com propostas que fomentaram um novo olhar na gestação.

Na figura 16, seguem as representações plásticas dos trabalhos moldados na atividade conduzida durante o segundo encontro com as gestantes. A imagem está ordenada pela numeração que se encontra no canto inferior direito de cada representação plástica realizada, sendo identificadas da seguinte maneira: 1.Carol; 2.Brenda; 3.Dourada; 4.Raylane; 5.Aurora; 6.Emily; 7.Ester; 8.Dalila; 9.Laura; 10.Ana; 11.Fernanda; 12.Mariana; 13.Joana.

Figura 16 - Representações plásticas das gestantes por meio da massa de modelar. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

O quadro 3 contém as narrativas pertinentes das treze gestantes que compartilharam a experiência com o uso da massa de modelar.

Quadro 3 - Trechos relevantes dos relatos das participantes, de acordo com suas autoimagens moldadas. Fortaleza-Ceará, 2016.

Gestante	Trecho significativo
1. Carol	“[...] eu fiz a bola de pneu, mas é porque, eu me sinto na minha gravidez muito gorda, mais ainda que eu era e feliz também, por eu tá grávida e ser mãe. Como ponto negativo só mesmo a decepção de criar sem o pai” (sic).
2. Brenda	“O ponto negativo é porque eu estou me sentindo muito gorda e fico muito cansada, falta de ar [...] estressada. E o positivo é porque eu tô feliz porque eu tô tendo outros nenês [...] Eu sei que vai passar [pra] felicidade mais na frente” (sic).
3. Dourada	“Ponto negativo tô me sinto um balão. Ponto positivo meu filho” (sic).

(Quadro 3 - Continua...)

4. Raylane	“Eu não fiz porque eu estou sem criatividade. Tem mais pontos positivos, a minha mãe, ela parou de ficar implicando comigo [...] Outro ponto negativo é que eu vou ficar sem estudar” (sic).
5. Aurora	“Não posso garantir se é negativo, ter algum sentimento, porque é, pra mim [...] é uma grande alegria poder estar grávida novamente” (sic).
6. Emilly	“Eu tô feliz. Tá eu, minha filha, meu bebezinho aqui na minha barriga. O que eu me sinto; assim, é que eu sou muito chorona, deu até para fazer as lágrimas, porque não tinha mais, mas tô muito feliz. O ponto negativo porque eu perdi muita coisa, por causa da minha gravidez... emprego, estudar, e muita coisa...” (sic).
7. Ester	“Eu me sinto triste e feliz. Aqui é eu triste, bem no começo, minha cintura um pouquinho fina, barriguinha e umbigo estufado e meus seios cresceram [...] Que não eram deste tamanho. Já aqui é eu feliz, barriguinha um pouco maior, e a minha cintura já não é mais fina, e inchada. E um sol que pra mim é luz, que eu vou precisar” (sic).
8. Dalila	Eu fiz ele, mas não tá bonito não! Tá muito feio! Os meus cabelos que a raiz tá muito grande [...] muito volumoso, mas vai dar certo, só nascer. Eu vou tentar usar. O nariz eu achei que ficou inchado, os peito cresceu mais um pouquinho [...] O meu bucho eu não acho muito grande não, é pequenininho. Fiz bucho pequeno[...] e os pés que agora dos último oito mês deu para inchar. Ponto positivo [...] a minha filha, a minha mãe, a minha irmã, a minha cachorra, os dois genros que tem lá em casa. O pai dela, a vó dela, a sogra, tudim” (sic).
9. Laura	“O ponto negativo é porque eu estou me sentindo muito gorda e fico muito cansada, falta de ar, estressada e o positivo é porque eu tô feliz porque eu tô tendo outros nenês [...] Eu sei que vai passar pra felicidade mais na frente” (sic).
10. Ana	Felicidade [...] por estar grávida.
11. Fernanda	“Eu tô na praia. Essas nuvens é porque eu tô feliz, o sol, isso! O único ponto negativo que tem é porque eu não tô com o pai dele” (sic).
12. Mariana	“[...] tô me sentindo inchada nos pés, mas gorda [...] os peitos maior do que o outro, e muita vontade de comer [...] e feliz pela minha gravidez [...] muito sentimento [...] muitas emoções ao mesmo tempo” (sic).
13. Joana	“O ponto positivo é porque eu já tô aceitando a gravidez [...] E essa nuvenzinha aqui significa os pensamentos, muitos pensamentos! Penso muitas coisas. Sobre o futuro, negativos, positivos, muitos, muitos! E o sol porque cada dia é um novo dia [...] diferente” (sic).

Fonte: elaborado pelo autor.

A abordagem seguinte se direcionou ao referencial teórico da logoterapia, captando um pouco do significado da gravidez como um sentido. Para algumas gestantes deste estudo, o “sentido” principal do processo gestatório foi superar crises, principalmente de cunho psicológico, direcionadas pela rejeição à presença do filho em seu ventre e à maternidade em si. As participantes buscavam integrar o filho em seus contextos de vida, para que, na vida futura, representasse algo que poderia apontar muitas soluções visando minimizar problemas e angústias sentidos no momento presente.

A logoterapia apresenta como tarefa ajudar o paciente a encontrar sentido em sua vida. Com base em tal conceito, esse momento da pesquisa teve o objetivo de proporcionar a cada gestante a reflexão sobre sua gestação como algo que tenha sentido, principalmente para que seu filho, ainda no ventre, sinta essa aceitação e, ao nascer, tenha a oportunidade de ser acolhido e cuidado com conforto e apego satisfatórios.

Essa busca de sentido certamente pode causar tensão interior em vez de equilíbrio salutar, porém tal tensão é um pré-requisito indispensável para a saúde mental, pois acaba despertando algo passivo que merece ser ativado para nossa sobrevivência e equilíbrio interno. O criador da logoterapia é bem claro em suas palavras quando se refere que “nada no mundo contribui tão efetivamente para a sobrevivência, mesmo nas piores condições, como saber que a vida da gente tem sentido” (FRANKL, 2008, p. 129).

A responsabilidade materna e o real papel da maternagem são fatores essenciais para se propor um elo de relacionamento e crescimento saudável da criança. Como proposta desse encontro, buscou-se despertar a consciência plena de responsabilidade da gestante com seu filho e ampliar horizontes positivos de sua mente, com o objetivo de fortalecer a díade mãe-bebê.

A maternidade e a maternagem são decorrentes de relações biológicas e afetivas estabelecidas intimamente no binômio mãe-filho. O que difere uma da outra é que a primeira é estabelecida pela relação consanguínea entre a figura materna e seu filho, já a segunda se relaciona com o vínculo de proximidade ao toque, ao cuidado, à afetividade, ou seja, se trata mais precisamente do cuidado e acolhimento propostos pela mãe (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

Bairros *et al.* (2011) destacam que as manifestações de afeto entre mãe e filho são cruciais na formação da personalidade da criança. Sendo assim, essa ação afetiva terá importante influência nas relações sociais ao longo da vida do bebê, determinando a formação da sua estrutura emocional até sua vida adulta. Os mesmos autores também reforçam que as impressões registradas no inconsciente, pela presença ou ausência de relações afetivas entre pais e filhos, podem causar transtornos afetivos e emocionais que refletirão na vida adulta.

O referencial teórico da logoterapia foi abordado amplamente nesta pesquisa, assumindo um significado de suma importância na condução da tecnologia leve com gestantes, principalmente com a finalidade de se atingir alguns objetivos propostos.

De praxe, quem atua na logoterapia deve ter a capacidade de “ampliar e alargar o campo visual do paciente de modo que todo espectro de sentido em potencial se torne consciente e visível para ele” (FRANKL, 2008, p. 135).

A gestação representa uma fase de vida em que se torna necessário propor questionamentos para que a mãe avalie bem o que quer para ela e para seu filho, como sentido e propósito de vida. Nesse momento, a mulher é questionada pela vida, conforme descreve Frankl (2008, p. 134): “ela somente pode responder a vida respondendo pela sua própria vida; à vida ela somente pode responder sendo responsável”. Assim, a logoterapia vê na responsabilidade a essência da existência humana propriamente dita e, no *holding*, essa existência se resume em cativar e proporcionar afeto à criança.

Um momento importante desse encontro foi quando se deu a construção dialógica do sentido da gravidez na vida de cada participante. Foi observada a dificuldade por parte das gestantes em perceber o verdadeiro sentido de algo que trazia ansiedade, dor e sofrimento, como consequências da rejeição. A atividade foi uma experiência válida e rica de respostas singulares carregadas de significados extremamente positivos. Destacaram-se o fortalecimento da união do casal e de outros familiares; a construção de uma família e de vínculos antes fragilizados, fictícios ou inexistentes; o sonho em ser mãe; as possibilidades de perdão e aceitação; dentre outros fatores descritos em alguns relatos mencionados abaixo:

“Acho que começou a acrescentar [...] Me unir mais, eu, meu esposo, minha filha” (sic). - Laura

“É de construir a família que eu não tive” (sic). - Ester

“Assim, eu não queria ter um filho agora, mas eu sempre sonhei em ser mãe, ter um filho” (sic). - Fernanda

“Trouxe sentido, porque primeiro eu e meu marido brigávamos muito. Depois que descobriu que eu tava grávida, nós parou de brigar” (sic). - Ana

“Minha família aceitou!” - Emilly

Já Joana destacou um forte sentimento de rejeição perante sua gravidez, declarando que essa não estava trazendo nenhum sentido ou propósito, porém, em alguns momentos de sua fala, deixava claro sobre o real sentido da gravidez em sua vida: “Positiva assim [...] porque eu vou ter mais um alguém né? Na minha vida”.

Frankl (2008, p. 129) descreve também que a saúde mental está baseada “em certo grau de tensão”, tanto sobre o que já se alcançou como o que ainda se deveria alcançar, ou, basicamente, “um hiato entre o que se é e o que se deveria ser”.

As tensões vivenciadas no cotidiano da comunidade foram observadas no contexto da ESF, tendo como foco a escuta de relatos sobre determinados entraves e situações que causam desequilíbrio no relacionamento e na afetividade entre mãe e filho. Isso contribuiu como processo de formulação desta pesquisa.

Conforme as ideias e observações do psiquiatra citado anteriormente, essas tensões fazem parte do contexto social e precisam ser vividas de modo que a superação seja algo que tenha sentido. O mesmo descreve que: “O que o ser humano realmente precisa não é um estado livre de tensões, mas antes a luta por um objetivo que valha a pena, uma tarefa escolhida livremente” (FRANKL, 2008, p. 130).

Quando uma mulher passa por uma situação como a gravidez não desejada, tal problema pode se tornar algo avassalador ou simplesmente um momento de tensão. De qualquer forma, ela pode ser motivada em encontros de grupo, sendo estimulada crítica e reflexivamente por um objetivo que valha a pena ser vivido.

Esse objetivo pode ser a presença do filho no contexto de vida da mãe, principalmente em um futuro não muito distante, como alguém que irá auxiliá-la, fortalecê-la, somar sentimentos de cumplicidade e formar um forte elo de união. Ou seja, algo que transforme o problema em solução e motive um sentido que auxilie na superação dos entraves, medos e angústias, tornando a gestante resiliente para refazer sua vida.

O mais interessante de se perceber nos relatos de experiências vividas no meio familiar são as inúmeras tensões que muitas gestantes carregam durante uma gravidez não planejada, com nítida rejeição no lar. Anos depois, todo esse sofrimento se transforma em algo fortalecedor em que são somados elos, motivações e forças. É então no momento futuro que a criança, antes vista como um obstáculo, passa a ser percebida como a solução do problema que todos esperavam, a depender da capacidade de superação ou resiliência que se propõe a mãe, o pai e outros familiares envolvidos.

Quando a situação não chega ao patamar esperado, tem-se a possibilidade de se vivenciar um vazio existencial. A percepção de como a gestante se visualiza diante dessa gama de situações também deve ser refletida e avaliada.

Sobre análise existencial e vazio existencial, Araújo *et al.* (2008, p. 161) descrevem:

A questão especialmente importante é o sentido da vida, o ‘para quê’ viver é ponto fundamental da existência e a doença mental é compreendida como um vazio existencial ou falta de um referencial de vida, não externo a pessoa, mas interno, partindo do poder de fazer escolhas e de ser livre.

A análise existencial reflete, assim, um “modo de ver o ser humano que está no mundo, dentro de um contexto histórico social concreto, constituindo-se um fundamento intelectual imprescindível” (ARAÚJO, *et al.*, 2008, p. 161).

Ao fim da vivência, cada participante foi convidada a escrever, em um cartão, uma mensagem destinada a ela própria, para ser lida num futuro bem próximo, tendo como

ponto principal “o sentido da gravidez em minha vida”. A figura 17 mostra o modelo do cartão. Ao se avaliar as escritas registradas nesses cartões, merecem destaque os conteúdos a seguir.

Bom, minha gravidez está sendo maravilhosa, mais meu sentimento está ao mesmo tempo feliz e triste por várias razões. Quando soube fiquei muito decepcionada, mas com esse curso de gestantes mudei minha opinião, me ajudou muito, mais continuo tendo alguns problemas conjugais, mais vou conseguir ultrapassar com meus filhos e meu esposo. Já aceito esse fruto que estou carregando e muito feliz (sic). - Ana

A minha gravidez para mim foi mesmo inesperada, mais mesmo assim eu comecei a aceitar minha filha. Acho lindo falar com minha filha! Espero que futuramente eu seja feliz, e que eu e o pai dela fique mais unido, porque no começo a gente só vivia brigando por questões de ciúme, e também espero ser feliz, mais unida com minha mãe, e se Deus quiser minha filha vai ser bem cuidada (sic). - Raylane

Minha gravidez é muito especial, porque era meu sonho ser mãe, e quando eu soube eu não acreditei, porque eu achava por que eu ter tomado muito tempo anticoncepcional, não ia ser mãe. Mas Deus me abençoou meu ventre e hoje sou mãe da “Iris Ester”. Feliz já oito meses de gestação a cada dia mais feliz por sentir ela dentro de mim. Te amo filha! Papai e mamãe. Presente de Deus. “Iris Ester” (sic). - Dalila

Me sinto sozinha por não ter ajuda do meu companheiro por estar preso, e o trabalho vai ser difícil. Vou ter que fazer tudo sozinha. Todos os meus parentes moram longe. Também não estou bem em relação ao dinheiro. Só tenho o bolsa família. Conto com ajuda de vizinhos amigos (sic). - Brenda

Hoje escrevo para você para dizer-te o quanto você está feliz com sua gravidez, apesar de não saber o sexo ainda. Mas há muita esperança em sua vida, muitas expectativas com a chegada dessa nova criança. Existem muitos desafios, mas você precisa deles para poder crescer e se tornar uma mãe mais completa juntamente com seus outros filhos. Desejo um bom parto e muita sabedoria. Beijos (sic). - Aurora

O sentido dessa gravidez para mim é um caminho bom, é começo de algo, e eu gostaria muito quando eu tiver esse bebê. Eu quero dar tudo que eu puder. Farei o possível e o impossível para o meu bebê ser uma criança abençoada, feliz e amada. Enfim, eu já amo muito essa criança. Eu espero que eu seja uma grande mãe, que meu parto também seja muito abençoado (sic). - Ester.

Eu me sinto feliz, pois foi um presente de Deus a minha filha. Trouxe muita felicidade para minha família. Não foi como eu pensei, pois Deus preparou tudo. Às vezes me sinto confusa com uns milhões de pensamentos. Meus filhos sempre serão uma bênção de Deus na minha vida, espero dá o melhor para eles. Amor! Tudo que uma mãe pode ser para seus filhos.
Amo meus filhos. Marcos Vinícius, Gustavo Magno e Ester Dávila (sic). - Mariana

A minha gravidez está sendo a melhor coisa de minha vida. Está trazendo somente coisas boas, pois amo o meu filho e quero dar o meu melhor possível. Ele só está trazendo felicidade e me sentindo a mulher mais feliz do mundo, apesar das dificuldades que estou passando, mais isso um dia vai melhorar...A sensação de ser mãe é a melhor coisa possível, sentir ele mexer, chutar e a melhor coisa do mundo. Não vejo a hora dele nascer...Isaac Filho. Mamãe te ama... Te amo filho (sic). - Fernanda

Espero que minha vida seja cada dia mais iluminada com a chegada da minha filha. Que os dias que estão por vir sejam repletos de amor, que vai completar a minha família, ela veio para unir o meu casamento, às vezes penso nas dificuldades, mas

Deus sempre tem um jeito para nos ajudar. Ela veio com o propósito de modificar o que estava por um triz.

Minha filha é uma bênção de Deus para nossas vidas.

Estou ansiosa para sua chegada! (sic). - Laura

O que eu espero na minha gravidez é eu poder dá o melhor pro meu bebê. Que venha com muita saúde e que eu possa dar o melhor de mãe. Amar, respeitar. Que eu possa trabalhar pra jamais deixar faltar nada pro meu filho ou filha. Apesar de meu filho não ter um amor de pai, mas sempre vai ter amor de mãe, vô, vó e tios...

Filho (a) mamãe te ama... (sic). - Carol

Minha gravidez foi um pouco não aceita, mas hoje vejo coisa melhor na minha vida. Meu filho já me traz muita alegria e felicidade. Só peço forças a Deus para mim dar o melhor aos meus filhos. Pois eles que me fazer rir quando estou triste. O Ian com seus chutinhos. Iana com seu sorriso. Muito feliz (sic). - Emilly

O sentido da gravidez em minha vida é que tudo que Deus faz é perfeito. Ele sabe o que é melhor para mim, então vou somente confiar. Fiquei um pouco triste no início, pois minha relação com o pai da criança era conturbada, mas se aconteceu tudo isso, espero eu que seja por algum motivo. Tem uma parte boa nessa minha caminhada nova. Sempre sonhei em ser mãe novamente. Talvez Deus viu que seria a hora certa disso acontecer. Não existe erros nos planos de Deus. Amém! Já amo você filho (a) (sic). - Joana

Figura 17 - Descrição do modelo de cartão escrito pela gestante Dourada no encontro “Projetando e moldando a vida”. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

As ideias captadas na escrita de cada gestante refletem os resultados satisfatórios desse encontro. Os sentidos relatados nos cartões apontam para reflexões significativas sobre o modo de ver a gestação, principalmente no que diz respeito a situações específicas abordadas pela logoterapia.

As ideias de Frankl (2008, p. 134) deixam claro que: “a logoterapia procura criar no paciente uma consciência plena de sua própria responsabilidade, por isso precisa deixar que ele opte pelo que, perante que ou perante quem se julga responsável”. A responsabilidade materna e o exercício do real papel da maternagem são essenciais para se fortalecer o vínculo e o desenvolvimento saudável da criança.

No ritual de conotação positiva, foi citada novamente a importância das experiências compartilhadas e da participação no grupo, evitando a solidão do lar, conforme descreve Joana:

A experiência mesmo. Acho que a maioria de nós estava em casa parada e ao vir para cá. Eu acho que a maioria de nós tava mais em casa, trancada e, a gente vindo pra cá a gente a gente se solta mais. É tipo assim, toda tarde ou pela manhã tem alguma coisa para fazer, dentro de casa, ocupar a mente né, porque dentro de casa ter mais mente aberta. Porque dentro de casa eu não tô aguentando mais (sic).

Situações sobre como se perceber no lugar da outra, aliadas às trocas de experiências e aprendizagem, também foram destacadas em algumas narrativas, em especial na fala de Emilly:

Experiência e aprendizagem [...] experiência por ela, querendo dar o melhor pra filha dela, filho, não sei, ter conseguido ser uma mãe, mesmo sem ter um pai ou não. Porque meus três filhos nenhum deles teve um pai; e eu crio até hoje, já tem três anos e não precisa do pai. Eu vejo que eu quero ser uma mãe muito boa pra eles. Dá o que eles merecem muito. Amor de pai, amor de mãe (sic).

Portanto, a proposta do grupo também serviu como alternativa para que as gestantes saíssem da inércia ou da solidão do lar, já que uma parte delas passava mais horas do dia em casa sozinhas, conforme descreve Joana: “Eu acho que a maioria de nós tava mais em casa, trancada, e a gente vindo pra cá [...] a gente se solta mais [...] ter mais mente aberta. Porque dentro de casa eu não tô aguentando mais” (sic).

5.3.3 Cuidando da vida: proporcionando o apego e sentindo o cuidado na gestação

A proposta do encontro seguinte surgiu de algumas abordagens aplicadas em grupo com o objetivo de fortalecer o vínculo mãe-bebê. A ideia central se baseou na massoterapia e em alguns contextos da teoria do apego. Esses dois referenciais teóricos surgiram para adequar, na tecnologia leve abordada, uma proposta que visasse estimular o pensamento crítico e reflexivo a respeito da importância do vínculo e de um despertar para o cuidado desde a gestação.

Alguns referenciais teóricos de Boff (2012) enfatizam que a essência do ser humano se encontra relativamente no cuidado. Então, a partir desse conceito, surgem algumas

reflexões a respeito de falhas no processo do cuidar, ainda na gestação, e suas repercussões na vida adulta. A possibilidade de distanciamento desse processo na base familiar se torna real e a prática do cuidar, aos poucos, pode perder sua essência.

Um mecanismo importante que teve como objetivo despertar o real significado do cuidado materno foi instigado nas participantes deste estudo. Ressaltando-se a importância de se proporcionar o cuidado o mais precocemente possível, em especial desde a concepção.

A figura 18 demonstra o ambiente de cuidado proposto nesse terceiro encontro, no qual cada participante, representando a figura do feto, foi cuidada ou se deixou ser cuidada naquele instante. A equipe disponibilizou um som com músicas da cantora Enya (1997) a fim de proporcionar tranquilidade e relaxamento ao ambiente. O material utilizado nesse encontro foi: notebook, caixa de som, 14 bacias pequenas com água, um frasco de hidratante, vendas, 14 lençóis, 14 toalhas e dois ventiladores.

Figura 18 - Estimulando um pensamento crítico-reflexivo sobre o apego materno fetal por meio do cuidado proporcionado pela massagem e automassagem. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Nessa atividade, procurou-se estimular reflexões sobre o quanto o cuidado, o apego e o afago materno são importantes para o desenvolvimento neuropsíquico do bebê. Os papéis sociais entre a mãe e seu filho foram invertidos, ao se propor que ela se colocasse no lugar do feto e fosse cuidada. Nesse meio termo, vieram à tona diálogos e resultados bem relevantes da vivência utilizada, expostos nas falas a seguir.

Inúmeras reflexões foram despertadas ao se proporcionar a cada gestante a sensação de se sentir no ambiente uterino. Elas foram envolvidas por um lençol, ficaram em completa escuridão e sentiram a umidade por meio de hidratantes nas mãos e imersão dos pés em bacias. Ao se sentir no lugar do feto, Raylane descreveu: “Eu senti como se tivesse no lugar dele” (sic).

Em algumas narrativas, tiveram destaque as recordações dos cuidados recebidos na infância, o que acabou por gerar uma maior percepção a respeito da gravidez, como a necessidade de autocuidado; reflexões sobre possibilidades de mudança ao assumir a maternagem; a sensação especial de se colocar no lugar do filho, de estar protegida e ser amada; tranquilidade e paz interior; e, por fim, o estímulo para ajudar o próximo. Tais sentimentos mais amplamente exteriorizados foram descritos nas seguintes falas:

“Eu lembrei da minha mãe, não só uma mãe que se espera, uma mãe melhor! Foi um sentimento ruim e um sentimento bom [...]” (sic). - Laura

Quando eu tava com dois meses eu nem percebia que tava grávida. Até quando eu senti, vim saber mesmo que eu ia ser mãe eu comecei a sentir o coração do nenê, aí realmente caiu a minha ficha. Eu vou ser mãe! E agora que caiu mais ainda. Porque realmente eu tava com ele, até no mesmo canto dele [...] Senti muito amor (sic). - Carol

A gente, nunca mesmo, nem liga muito pra nossa gestação, não liga muito mesmo. Parece que não tem esse, esse afeto todo, como hoje eu senti, o cuidado! A gente muitas vezes não passa. Eu, pelo menos, não passava não! Pela minha cabeça, assim, de fazer isso não, agora pode ser que eu mude, a partir de hoje, eu mude o meu jeito de ser. Porque até então, pra mim, tanto faz se tava ali ou não. E agora eu pude sentir de outra forma. Que é diferente, eu vou olhar agora por outro lado. Não é uma coisa qualquer, não é só esperar os meses passar não. Eu posso fazer algo diferente para que ele venha a sentir amor. (sic). - Joana

“Eu não tenho nem palavras pra explicar, acredita? O que se passou foi legal! Eu me senti dentro da barriga da minha mãe, hoje eu vou contar tudinho pra ela” (sic). - Dalila

“O toque, né? É muito importante [...] Eu imaginei minha mãe [...] porque quando eu morava com ela, [...] todo dia ela me cobria, [...], que ela me beijava” (sic). - Dalila

Às vezes a gente tem a preocupação de sempre cuidar né? Como é que vou fazer [...] como é que eu vou cuidar do meu bebê, como é que eu vou cuidar dos outros filhos, como é que eu vou cuidar da casa. Fica aquela sensação de que, a gente precisa fazer algo por alguém. E esse, nesse momento que eu estava sendo cuidada, atendida. É [...] a preocupação que eu senti, essa representação de realmente tá, de se colocar no lugar do bebê, foi muito bom! E uma coisa que, acho a gente não para pra pensar, é que um dia a gente foi bebê também [...] A gente também tava lá dentro do útero, a gente também tava lá sendo desejada, a gente também tava lá sendo esperada. E eu pude muito me reportar a minha mãe, pude muito me lembrar que realmente a gente tem, tem a quem recorrer, né? Tem a quem buscar esse carinho, e assim também como ela disse, quando eu comecei a tocar minha barriga, comecei realmente a acariciar, o bebê mexeu muito! Como se realmente ele tivesse dando uma resposta: “olha eu to aqui, tô presente né? tô sentindo o que a senhora tá sentindo”. Foi muito bom” (sic). - Aurora

Quando da aplicação de alguns objetos nessa vivência, seis gestantes apresentaram sentimentos dúbios de prazer e desconforto. O uso da máscara, por exemplo, causou incômodo em duas participantes devido à escuridão. Quanto à utilização do lençol, quatro participantes relataram que sentiram momentos de falta de ar. Já com relação ao hidratante aplicado, uma gestante demonstrou desconforto com o contato com o gel.

A respeito desses objetos utilizados, Raylane relatou: “Foi meio nojento por causa do gel [...] Eu fiquei um pouco com medo no começo porque tava escuro [...] Não sabia o que vocês iam fazer. Eu fique meio assim né? Mas foi bom” (sic).

Também merece destaque os sentimentos dúbios descritos nos comentários de Fernanda, Joana e Mariana:

“Sei lá, a única coisa que eu achei ruim também foi esse lençol, que eu fiquei com falta de ar, fiquei com vontade de tirar tudo. Mas gostei”! (sic). - Fernanda

Eu me senti tranquila. Só que teve um momento que eu fiquei agoniada, com vontade de tirar tudo de cima de mim. Eu não sei se é a mesma sensação que a criança sente quando ela tá na barriga e quer logo nascer, né? Só sei que teve uma hora que eu senti isso. Só tranquilidade mesmo, uma paz! (sic). - Joana

Eu, senti assim especial, né? Eu nunca pensei que fosse desse jeito, dentro da barriga, achei que era normal, esperar os nove meses, normal. Mas tem momento que a gente tá tão triste que nem liga. O bebe tá ali, não fala. E eu sei que ele escuta né? A gente pegar, dar aquele afeto, aquele amor [...] E foi tão assim, no gel, né? Aquele pegajoso. Deu uma gastura no começo, mas quando a gente começou a alisar, a passar uma mão na outra. Sentir realmente o que o bebê sente. Porque a gente não tem realmente a noção [...] A gente tenta imaginar, mas o que ele passa dentro da barriga mesmo a gente não imagina. Eu me senti acolhida, aquele amor que eu espero continuar pra ela (sic). - Mariana

No entanto, vale salientar que, anteriormente, durante os dois primeiros encontros, também foram utilizadas as vendas e nenhuma gestante havia demonstrado incômodo quanto ao uso das mesmas. Assim, subentende-se que, talvez, nesse terceiro encontro, elas assumiram o real papel do feto, num processo de regressão em que vieram à tona pensamentos pretéritos de lembranças ainda no útero, quando se sentiam rejeitadas e desprovidas de um cuidado essencial por parte de suas mães.

O sentimento de insegurança determinou o desconforto de uma gestante que estava com medo do que iriam fazer com ela, pois se sentia indefesa e em total escuridão. O fato de não confiar na equipe que estava próxima, conduzindo o cuidado e sem vendas, visualizando-a e executando a função materna, pode ter sido um reflexo do ambiente inseguro vivenciado por essa participante, desde sua concepção. A mesma vivia num ambiente de tensão e sem a promoção de cuidado por parte de sua mãe, que não a apoiava. Isso tudo fomentou a sensação de medo e a insegurança da gestante durante a vivência.

Ao se buscar compreender certos relatos desta pesquisa, identificaram-se fatores que podem ter interferido de forma significativa na capacidade de assumir a maternagem, principalmente quando se trata do ambiente de rejeição onde boa parte das participantes foi criada, educada e moldada psicologicamente.

Quando indagadas se tiveram amor de mãe na infância, seis participantes referiram tal rejeição materna. E somente duas delas responderam de forma positiva quanto à possibilidade de terem nascido de uma gravidez planejada.

Tais respostas refletem algumas vulnerabilidades no contexto de vida característico de rejeição, ainda bem percebidas na criança interior de cada gestante. Na fala de Ester, isso é claramente identificado: “Eu senti eu cuidando dele. Um cuidado diferente. Eu me lembrei da minha mãe. Apesar de que ela não [...] não foi uma mãe que uma pessoa espera [...] Foi um sentimento ruim e um sentimento bom” (sic).

No segundo momento desse encontro, os papéis foram invertidos e as participantes assumiram realmente a função da maternidade. Elas foram convidadas a cuidar de seus bebês e tocarem suavemente suas barrigas, como se estivessem fazendo carícias.

A partir do momento em que cada gestante pôde se sentir no lugar de seu bebê e, após, retornar à função de mãe, surgiram a comunicação e o diálogo interior, não percebidos anteriormente. Isso fomentou algumas reflexões e autocríticas desse momento, descritas nas falas das gestantes Joana e Laura.

E é, e também assim. A gente não para um pouco pra pensar, a gente leva a gravidez todinha como se fosse uma coisa qualquer, a gente não para, muitas mães não param pra acariciar a barriga, falar uma palavra, de amor, né? Como se fosse, assim, esperando só os meses passar mesmo, pra nascer.(sic). - Joana

Tranquilidade, foi bom! A gente sempre tem que tirar um tempo assim né, pra fazer isso mais vezes. A correria é tanta que a gente às vezes nem dá carinho, né? Nem conversa. Eu acho que a criança também precisa disso. Quando a gente tava tocando; eu tava tocando, ela mexia muito [...] como tivesse falando comigo. Frequentemente eu nem faço isso [...] Foi bom (sic). - Laura

Joana descreve plenamente o propósito essencial dessa vivência, despertando um novo olhar no cuidado com a gestação. Sua narrativa corresponde à história real de muitas gestantes que rejeitam a maternidade e esperam o sofrimento cessar com o nascimento da criança, quando, por muitas vezes, transferem a responsabilidade materna para uma mãe substituta. Já a percepção de Laura capta a essência da maternagem, ao compreender a importância da função materna contida no simples gesto de tocar e cuidar.

A sensação de massagear ou tocar levemente o próprio ventre materno propicia uma reflexão sobre os significados da carícia essencial, em que a mãe transfere ao seu bebê, pelo toque, todo o sentimento e energia maternal de que o mesmo necessita. A partir desses

significados, Boff (2012, p. 139) descreve: “A carícia constitui uma das expressões máximas do cuidado”.

De praxe, essa carícia confere conforto, paz, integração e confiança. Captando a essência desse significado ao contexto materno, Boff (2012, p. 139) comenta:

A carícia que nasce do centro confere repouso, integração e confiança. Daí o sentido do afago. Ao acariciar a criança, a mãe lhe comunica a experiência mais orientadora que existe: a confiança fundamental na bondade da realidade e do universo; a confiança de que, no fundo, tudo tem sentido; a confiança de que a paz e não o conflito é a palavra derradeira; a confiança na acolhida e não na exclusão do grande útero.

O despertar do cuidado essencial proporcionado pela mãe, através da promoção de carícias e plenitude de bons sentimentos por seu bebê, foi estimulado de forma positiva no momento em questão, tendo sido percebido e descrito nas palavras da gestante Brenda: “O sentimento bom foi que eu pensava que ele já tava nascendo, e já tava nos meus braços. Parece assim um, uma, como se chama? Tipo um relaxamento, pra acalmar” (sic).

Nenhuma participante descreveu essa experiência como ruim. Quase todas relataram sobre a troca mútua de afeto e o aumento dos movimentos fetais como resposta pela carícia materna acolhedora. Ao sentirem seus bebês mexerem suavemente no útero, as gestantes deixaram mensagens referindo-se à sensação como algo inexplicável. Assim se expressam as seguintes falas:

“Eu nunca tinha passado por isso, [...] sentir o nenê dentro do útero da gente como se fosse a gente. Foi muito importante pra mim! Eu vou levar isso pro resto da vida” (sic). - Dalila.

“Aquela sensação assim de amor, cuidar [...] você pegar assim nos braços, não ver a hora de nascer. Como a Dalila falou, não tem como explicar; só sendo mãe mesmo pra poder acontecer, pra poder falar. Sem palavras pra poder explicar” (sic). - Mariana.

Ferman (2009) destaca a sensação de perceber o bebê mexer no útero como algo que gera um sentimento dúbio de alegria, pelo desejo de trazer o filho ao mundo, e preocupação, devido a inúmeros fatores, como o medo de aproximação da hora do parto, os riscos do bebê morrer, a incapacidade de assumir um papel materno, dentre outros.

Essa vivência aplicada em grupo trouxe significados e reflexões importantes por parte do pesquisador, principalmente a respeito da importância da aplicabilidade desse momento. Para as participantes, a relevância dessa experiência foi significativa e auxiliou no despertar da essência da maternagem no íntimo de cada uma e na coletividade do grupo.

A atuação em grupo por meio dessa proposta remete a um agir criativo, conforme descreve Barbosa (2009, p. 106): “Precisamos desenvolver possibilidades criativas de relação,

iniciando este caminho bem nos primórdios, ainda no útero materno”.

5.3.4 Ouvindo o chamado: o despertar pela música

O penúltimo encontro se deu por uma abordagem guiada pela música desde o acolhimento até o momento final, buscando responder alguns objetivos desta pesquisa.

Na acolhida, as participantes foram convidadas a usar vendas e visualizar a presença de seus bebês do nascimento até os 12 meses de vida. Assim, elas vivenciaram um momento de autoencontro, seguido de um encontro íntimo com seus filhos, o que as ajudou a refletir sobre a maternagem e inspirar a experiência do futuro próximo.

Seguindo a proposta de acolhida da pesquisa de Rocha (2016), utilizaram-se músicas de ninar, a fim de se avaliar os benefícios da música na relação mãe-bebê.

Figura 19 - Momento de interiorização conduzido pela música. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Analisando as falas das participantes a respeito da acolhida, foi unânime a referência a uma sensação de tranquilidade durante essa vivência, como descreve Joana: “Só [...] calmaria mesmo. Realmente pensei.”

Quando interrogadas se costumavam ouvir músicas de ninar, duas participantes responderam que sim, ainda que de forma esporádica. Uma delas escutava o referido estilo musical com a finalidade de proporcionar conforto ao bebê no útero, e a outra devido à solicitação da filha mais velha.

Ainda a respeito do primeiro momento, Emily destacou a experiência positiva do mesmo pela seguinte fala: “Pra mim foi bom [...] imaginar meu filho nos braços com um mês, com dois mês [...] Foi uma experiência muito boa! Gostei! Nunca imaginei” (sic).

Um instante significativo da acolhida foi quando ocorreu a forte lembrança da palavra dor interligada ao parto. O pesquisador, então, se referiu a essa sensação dolorosa como a “dor do amor”, conceito percebido e enfatizado pela gestante Emily na seguinte fala: “A dor do amor! A dor você esquece depois que vê ele. Aí tu não lembra mais” (sic).

No segundo momento desse encontro, foram realizadas três perguntas guiadas pela utilização de uma caixinha de música. Tais perguntas serviram para avaliar a percepção das participantes a respeito do fenômeno proporcionado pela música na gestação. Foram questionados os possíveis benefícios da música no vínculo mãe-bebê, o que induziu a um pensamento crítico-reflexivo.

A primeira pergunta foi: “Qual a importância da música para você?”

Dentre as respostas, destacaram-se: reduzir o estresse; acalmar; alegrar; e trazer paz espiritual. No entanto, foi citado que os efeitos terapêuticos da música poderiam se tornar nocivos, a depender da letra ou melodia.

Figura 20 - Vivência conduzida ao som de uma caixa de música. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

A experiência de relaxamento proporcionada pela música foi observada nas seguintes narrativas:

“O importante dela é que ela tira muito meus estresses. E eu escuto mais quando estou estressada” (sic). - Carol

Acho que ela [música] realmente quando você tá, assim, estressada, com mau humor, você escuta uma música, acho que [...] perfeito! Acho que [...] desestressar, entendeu? Dependendo do que você tá escutando também [...] Porque senão, você fica mais deprimida ainda, dependendo da letra da música (sic). - Joana

A influência das letras das músicas foi mencionada algumas vezes, tendo sido destacada na fala de Joana. A mesma participante, para superar a crise da rejeição, relatou estar com o hábito de ouvir música evangélica. Em continuidade à narrativa anterior, Joana acrescentou: “Dependendo do que você tá escutando também, a letra [...] porque senão, você fica mais deprimida ainda, dependendo da letra da música [...] Eu tô agora, no momento, tô só escutando música evangélica” (sic).

Outra questão importante que surgiu espontaneamente no grupo foi quanto ao ritmo musical preferido pelas gestantes. Oito delas demonstraram maior interesse por ouvir música evangélica, principalmente pela sua característica relaxante, como relata Mariana: “A música que eu gosto é gospel, que me relaxa muito. Ali eu me deito, fico só meditando ali na letra” (sic).

O pesquisador percebeu, então, que a música evangélica talvez pudesse apresentar a capacidade de acalantar, proteger, auxiliar e afastar sentimentos advindos da rejeição e exclusão, como o medo. Assim, tal estilo musical favoreceria o conforto necessário para todo o sofrimento nutrido em uma gravidez indesejada.

Dentre os ritmos musicais citados, também teve destaque o *rap* nacional dos “Racionais MC’s”, por conter letras que retratam a realidade das favelas, conforme descreve Dalila:

Tudo que toca eu tô é dançando [...] eu gosto de Racionais [...] não vô mentir. Eu gosto! É porque Racionais pra não escutar, assim, quem não gosta. É música de malandro, dá mau exemplo, mas nem é! Se você reparar bem, a música dos Racionais, ela lhe dá conselho. Se você reparar bem. Eu entendo assim, né? (sic).

Mesmo com a reação de ironia e risadas de algumas participantes perante sua escolha musical, a participante Dalila se manteve firme, declarando amor a esse ritmo e destacando sua importância cultural na música brasileira.

A Música Popular Brasileira (MPB) foi citada como preferida pela gestante Aurora, sendo essa a única participante com formação universitária. “Eu sou bem eclética, gosto de um pouquinho de tudo, vou mais pela questão da letra [...] A letra realmente me chama muito mais atenção [...] mas eu gosto muito de MPB” (sic).

Outros ritmos musicais tipicamente brasileiros, como o pagode e forró, foram citados por duas participantes. Já o funk, foi mencionado por uma delas. E apenas uma gestante relatou preferir qualquer estilo de música.

Na pesquisa de Rentfrow e Gosling (2003), destacou-se a relação entre a preferência musical e o tipo de personalidade, o que contribui de modo significativo para se compreender alguns fenômenos psicológicos.

Em seu estudo, Rentfrow e Gosling (2003) avaliaram por níveis, complexidades e conteúdo lírico, objetivando examinar atributos de quatro dimensões musicais. Os atributos de cada música variavam entre uma ampla gama de estados de espírito e energia percebida pelas emoções emanadas. O gênero do metal pesado enfatizou as emoções negativas, enquanto as músicas religiosas, presentes no contexto de vida da maioria das participantes desta pesquisa, foram caracterizadas por enfatizar emoções positivas.

Os pesquisadores descrevem a cultura musical do *hip hop* como típica de pessoas extrovertidas, característica claramente percebida no comportamento de Dalila.

Neste estudo, é relevante destacar a duplicidade de ritmos citados pelas participantes, com uma vertente para acalmar e outra para animar o ambiente. Assim, a tonalidade do som ouvido pode causar calma ou agitação do bebê no útero, como se percebe em algumas falas.

Pois o meu Racionais, ela fica tinindo também. Ela mexe que só [...] Mas quando é evangélica, não! Mas eu canto [...] era pra ela mexer, que ela conhece a minha voz [...] Só o Racionais [mexe], mas a evangélica, ela num mexe. Acho que é porque é calminha, a música é lenta, assim, calminha. Aí bota mais baxim. Racionais não, eu já boto, mais alto um pouquinho (sic). - Dalila

Os ritmos musicais prevalentes na comunidade do lagamar são o *hip hop* e o *rap*; o forró e o pagode. Todos podem ser escutados pelas equipes da ESF durante as visitas domiciliares. Até mesmo externamente às residências, essas músicas podem ser ouvidas, causando uma nítida poluição sonora. Nas visitas domiciliares de puerpério, é frequente os profissionais se depararem com níveis de som elevados próximo ao bebê.

Nesse quesito, a declaração de Laura foi significativa: “Pra alegrar [...] às vezes para acalmar [...] às vezes, eu não quero nem ouvir. Sair de perto da zuada” (sic).

Dessa forma, as reações do bebê no útero variam a depender do ambiente onde a mãe está inserida e do volume das músicas ouvidas. O relato de Fernanda enfatiza a alteração de comportamentos do bebê, de acordo com a amplitude do som: “Pra mim, não sei! Porque quando eu escuto música alta, ele fica direto se mexendo. Pra lá, pra cá [...] pra lá, pra cá! Não sei se ele acha ruim ou se acha bom. Quando eu escuto música baixa, ele fica bem quetinho, na dele. Não sei [...]” (sic).

Algumas gestantes destacaram questionamentos quanto ao possível entendimento do bebê, ainda no útero, a respeito da preferência musical da mãe. Outras mencionaram sobre

a possibilidade de transferência do seu gosto musical para o filho, devido ao hábito de escutar constantemente as mesmas músicas durante a gestação.

Eu acredito que ele ouve, assim como ele ouve quando uma pessoa mais próxima fala com ele. Porque ele responde através do mexer, do [...] É assim, eu acredito muito nessa questão mesmo de, de [...] de ele também ter essas preferências. Meus outros dois filhos gostam muito de música. Eu sempre escutei, sempre cantei, sempre causei uma união com a música (sic). - Aurora

Inúmeras pesquisas, particularmente as realizadas nas últimas décadas do século XX, relatam os benefícios da música no desenvolvimento da criança desde sua maturação ainda no útero, percebendo e reagindo aos estímulos sonoros. O próprio som cardíaco possui uma sonoridade que acalma o bebê, o que se percebe quando sua cabeça fica próxima ao hemitórax esquerdo do cuidador. Salienta-se também a eficácia das canções de ninar, que unem a música e o afeto como um forte componente relaxante (NOGUEIRA, 2003).

Como foi mencionado anteriormente, destacou-se nas falas das participantes desta pesquisa a utilização de músicas que remetem à espiritualidade, especialmente com o propósito de favorecer um relaxamento para a mãe e seu bebê. Além disso, reflexões a respeito do amor foram importantes para se proporcionar um processo de maturação e aceitação no contexto da maternidade. Outro mecanismo importante gerado durante os encontros foi quanto à indução de ideias positivas a respeito de uma nova forma de aceitar a gestação e o ser gerado.

Benefício? Só acalmar mesmo, e assim, tem muita música, pelo menos a evangélica que eu escuto. Gospel [...] ela fala muito do amor de Deus. Fala do amor. Que é o amor verdadeiro. Eu acho que, se a gente for colocar, é [...] mentalizar sobre isso [...] A gente olha até o mundo de outra forma. Acho que [...] que é isso mesmo (sic). - Joana

Por outro lado, a participante Carol declarou que, ao escutar músicas religiosas, prevaleciam pensamentos de tristeza, num aflorar de sentimentos que, possivelmente, vulnerabilizavam a mesma para uma baixa autoestima. Como fuga, a referida gestante relatou que preferia ouvir músicas que a alegrassem e a fizessem-na esquecer os pensamentos ruins: “Acho que pra mim também assim só uma alegria. Até que eu escuto pagode, tem nem como ficar triste. Só em algumas [músicas], mas quando eu escuto assim, Gospel [...] eu fico mais pensando, pensamentos já vem assim, de tristeza” (sic).

Algumas ideias sobre alegria, tristeza e tranquilidade foram observadas nas falas das gestantes. O processo que conduziu à reflexão e compreensão da necessidade de mudança perante o sofrimento vivido acabou dando lugar a novas possibilidades de felicidade, conforme está descrito nos relatos:

“Também, alegria. Alegria! Porque a tristeza não faz bem à criança [...] Aí se eu vou sentir alegria escutando aquela música, com certeza vai tá, fazendo um bem pra criança” (sic). - Ester

“Alegria, tranquilidade [...] passar essas coisas pra criança, porque tudo que a gente sente, ela sente né? Então eu não posso sentir tristeza. Tenho que sentir alegria. Só!” (sic). - Alice

É relevante ressaltar, também, que a mãe pode compartilhar e transmitir sentimentos vividos para seu filho, ainda no útero. Assim, ela deve perceber o chamado para a autorreflexão, adotando um processo de mudança em sua *psique*, de forma a se tornar mais resiliente. Tal proposta pode evitar sentimentos ruins por parte da gestante, a fim de que a criança não fique em sofrimento.

Esses aspectos de interligação de sentimentos entre mãe e filho foram bem colocados nas palavras de Aurora e Mariana, ao destacarem a comunicação íntima que a gestante possui com seu bebê.

“A questão do tudo que a gente sente, o bebê sente (...) se a gente tá feliz, se a gente tá calmo... O bebê vai é sentir, vai responder. Se a gente tiver triste, tiver amargurada, estressada... Ele também vai sentir” (sic). - Aurora

Seguindo a mesma lógica de raciocínio, Mariana descreve:

Traz mais tranquilidade e tira assim, o estresse. Porque eu tava lendo que se você sente raiva, estresse [...] o bebê sente! Até se você ler um livro durante a gravidez, quando ele tiver maior, ele vai gostar daquele livro que você tava lendo. Porque ele vai, tipo assim, vai ter a tendência de querer escolher aquele livro (sic). - Mariana

Na percepção da maioria das participantes, os benefícios que a música pode trazer para o bebê dependem do ritmo, amplitude do som e identificação pessoal com o gênero musical. Emily relatou ter a sensação do bebê se mexendo como reação quando ela escuta uma música que lhe agrada e promove felicidade. “[...] ele fica feliz porque quando eu fico escutando, ele fica mexendo, né?” (sic).

Em sua narrativa, Joana opinou que o fator que pode beneficiar ou não o bebê não é nem o som propriamente dito, mas o sentimento que a gestante vivencia pela música: “Acho que sim! Eu acho que depende da situação que eu tô. Se tô chorando, eu acho que a criança sente, se tô alegre [...] eu acho mas é do, acho que é do sentimento da música, que tá passando pra criança. Não é nem mais muito da música” (sic). Essa participante, portanto, transpareceu incerteza quanto ao possível benefício proposto pela música: “Eu acho que sim, também [...] Porque, tudo que a gente sente, ele sente também. Se realmente isso for verdade [...] interfere também” (sic). - Joana

A ambiguidade entre a calma e a agitação proporcionada pela música trouxe questionamentos e reflexões para Laura, principalmente quanto aos benefícios e malefícios propiciados ao bebê: “Acho que dependendo do momento [...] acalma, ou então agita” (sic).

No momento final desse encontro, as gestantes foram submetidas à escuta da música de Roberto Carlos (1967). E, ao contrário da calma observada com a música de ninar durante a acolhida, essa última proposta provocou nas participantes uma nítida sensação de desconforto.

Cinco participantes se sentiram incomodadas, alegando que o som estava alto. No entanto, vale reforçar que essa última música foi entoada por uma caixa de som de computador pequena, numa amplitude satisfatória, ou seja, não foi utilizada a frequência máxima.

Preocupou-se em transmitir um melhor entendimento da música, a fim de que más interpretações da letra não fossem ocasionadas, tendo em vista que a acústica poderia estar prejudicada pelos sons do ambiente interno (dois ventiladores de teto) e externo (poluição sonora emitida pelo trânsito e vizinhança).

Observou-se que parte das gestantes se sentiu incomodada pela amplitude do som, porém quase todas eram acostumadas a ouvir música em alto volume nas suas residências. Merecem destaque as palavras da gestante Mariana, quando indagada se a música realmente a incomodou: “Demais! Chega dava aquela dor fininha” (sic).

Durante o momento em que a música foi tocada, algumas participantes referiram dor ao sentirem o bebê mexer, o que foi citado como principal motivo de desconforto. Entretanto, salienta-se que, nos encontros anteriores, não foi observada essa relação entre a agitação do bebê e uma sensação dolorosa. Mariana assim descreve: “Eu! Primeiro acalmou, né? A música do neném acalmou, mas com essa segunda, agitou. Chega ficou mexendo. E é sim, é uma experiência que eu já passei” (sic).

O pesquisador acredita que a letra da música, a qual representa uma intensa declaração de amor, possa ter causado essa sensação de incômodo naquelas participantes que não receberam afeto na infância, ou, quem sabe, não aceitavam seu conceito. Portanto, a música que fala de amor pode ter ocasionado certa resistência ou rejeição inconsciente em tais gestantes, que acabaram se sentindo afetadas pelo chamado para a maternagem e aceitação do filho.

Ao término das atividades, foi proposto um ritual de conotação positiva. Durante esse momento, destacou-se a necessidade de ouvir música numa frequência menos prejudicial aos ouvidos, conforme descreveu Aurora. “E o que vou levar é esse momento assim [...] de

você sempre se preocupar com o bebê, com você. De ouvir música tranquila. Nada contra as músicas agitadas [...] mas a tranquilidade é melhor que traz mais paz” (sic).

Perguntou-se às participantes sobre algum ponto negativo identificado por elas nesse encontro. O que se obteve foram respostas significativas no contexto da resiliência, conforme relatou Joana: “De ruim nada, graças a Deus! Porque meus pensamentos tudo mudaram” (sic). Além disso, o interesse e a necessidade de saber mais sobre esse assunto foram mencionados na fala de Laura: “Acho que a gente devia falar mais isso, né?” (sic).

Em seguida, as participantes foram indagadas sobre o que levariam de bom do encontro. Cinco participantes relataram que a última música foi o momento que mais marcou de forma positiva.

Sobre isso, ressalta-se que duas participantes apresentaram ideias divergentes em dois momentos. As mesmas que, anteriormente, não se sentiram bem ao ouvir a música de Roberto Carlos foram as que a elogiaram no momento de avaliação final do encontro.

As seguintes narrativas tiveram destaque:

“Aprendizagem, alegria, sobre a música, eu nem imaginava essas coisas [...] sobre os assunto das músicas, do interesse da música. Que eu não sabia” (sic). - Ester

“Só o amor[...] cada vez mais que a gente tá aqui, a gente ama mais nossos filhos, e [...] o aprendizado, também” (sic). - Carol

“Que ele escuta o coração da mãe” (sic). - Emilly

O pesquisador aproveitou esse momento final de conotação positiva para partilhar com as participantes alguns referenciais teóricos que fomentam a importância da música no fortalecimento do vínculo mãe-bebê, e que foram utilizados neste estudo.

5.3.5 Presenciando o holding: o amor de uma mãe suficientemente boa

O último encontro teve como proposta despertar o entendimento sobre alguns contextos ambíguos, como aceitar ou rejeitar a gestação; e amar ou odiar o conceito. Tais contextos, não sendo compreensíveis, acarretariam situações em que a vida poderia ser interrompida pela prática do aborto, ou a maternidade perderia seu sentido pela ausência de maternagem e apego pelo ser gerado. Tudo isso proporcionou uma reflexão às participantes desta pesquisa.

A rejeição também pode ser refletida nas possíveis situações de abandono, em que a figura da mãe poderá ser lembrada como a de um ser frio e sucumbido, ou uma vida que partiu, sem sentido ou inexistente, e deixou um vazio existencial em todo o processo

individual ou coletivo vivido, em que o vínculo, o afeto e o cuidado foram totalmente desconstruídos. Ao mesmo tempo, tal figura materna poderá ser lembrada como um ser humano factível a erros, totalmente vulnerável, que lutou para aceitar a maternidade e a presença do filho em sua vida.

Essas vertentes bastante complexas em termos de definições ou conceitos geraram inúmeras reflexões captadas nas narrativas das participantes desta pesquisa. Salienta-se que muitas delas eram pouco providas de amor materno e paterno, e algumas eram excluídas por seus companheiros, sendo vítimas de ambientes hostis e desumanos, muitas vezes incompatíveis com a maternagem.

A estória de Maria auxiliou essa última vivência de grupo, instigando algumas falas de acordo com o tema proposto. A ambiência foi preparada para que cada gestante ficasse à vontade e expusesse seus sentimentos, o que despertou diálogos e narrativas.

Alguns sentimentos das participantes, captados desde o início deste estudo por meio das narrativas, foram compilados em algumas palavras escolhidas pelo pesquisador, assim descritas: cuidado materno; medo; amor materno; rejeição; ódio materno; capacidade de amar; apoio necessário; dificuldade de ser mãe; insegurança; dúvidas; ausência; aborto; amamentação; vida; morte; segurança; proteção; insegurança e paz.

Foi entregue então, a cada gestante, um papel que continha a relação dessas palavras, e solicitado a elas que escolhessem as três mais relevantes, por ordem de importância. As mesmas palavras também estavam dispostas separadamente no chão, em cartões com a fonte maior, formando a figura de uma mandala, a fim de se proporcionar maior visibilidade às participantes.

O gráfico 4 ilustra as palavras citadas como importantes pelas participantes, por ordem de escolha. Dentre elas, mereceram destaque as palavras “insegurança” e “medo”, as quais representam sentimentos indesejados por boa parte das gestantes.

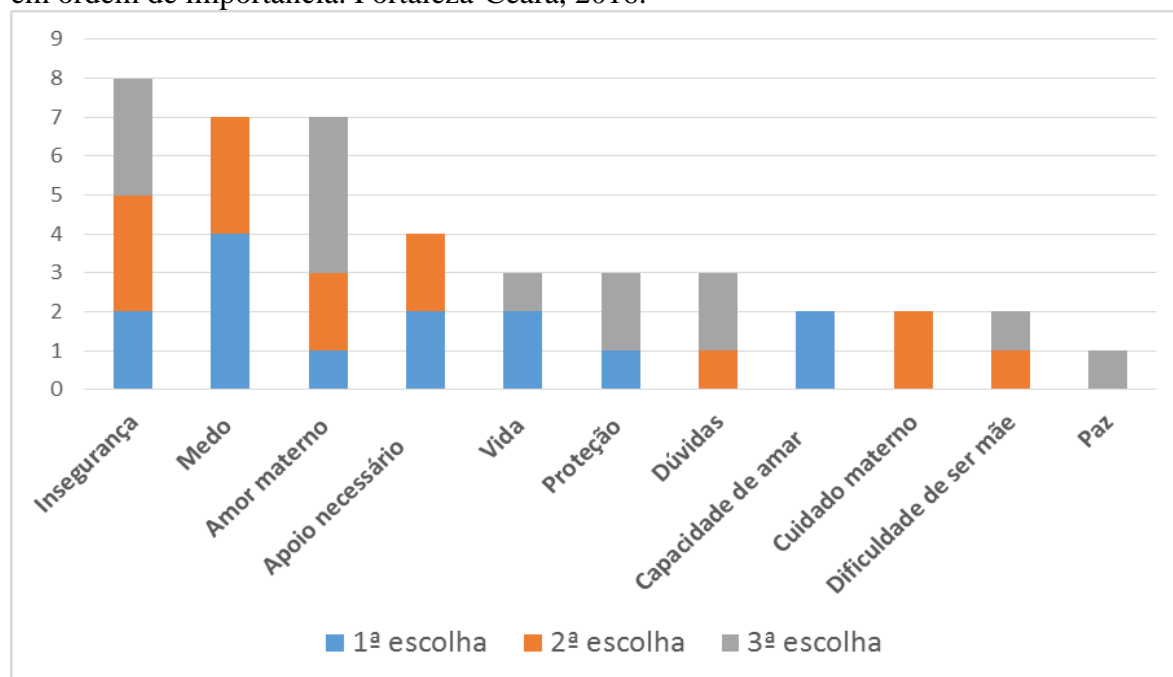
A palavra “insegurança” foi a mais citada pelas participantes, independente da ordem de escolha. No entanto, ao se seguir a ordem de classificação, a palavra “medo” foi a mais apontada como primeira escolha entre as gestantes.

O medo também foi destacado pelas participantes no preenchimento do apêndice A. Considerou-se que tal sentimento apresentava forte relação com as vulnerabilidades envolvidas na condução de uma gravidez desprovida de apoio, com os problemas de relacionamento com a mãe e companheiro, além da dependência financeira e da insegurança em exercer o papel de uma mãe suficientemente boa.

As palavras “amor materno”, “apoio necessário” e “vida” representaram as

escolhas que caracterizavam atitudes positivas entre as participantes. A palavra “paz” foi citada por apenas uma participante, ficando em terceiro lugar em sua ordem de preferência.

Gráfico 4 - Palavras escolhidas pelas participantes, de acordo com seu contexto de vida, em ordem de importância. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

A mandala confeccionada no chão, pela equipe da pesquisa, representava o útero gravídico, apresentando tal característica por contemplar, em seu centro, a imagem de um bebê com cordão umbilical integrado a uma placenta. Ao redor, foram dispostos os cartões com as palavras, fixados no chão com fita adesiva. Livros, cadernetas de gestante e outros objetos relacionados à gestação foram organizados próximos às palavras de modo a se formar a mandala, conforme mostra a figura 21.

No momento que se seguiu, foi dada a oportunidade das participantes escolherem um objeto ou um cartão com uma palavra que se encontrava no círculo, relatando o motivo dessa escolha. Dentre os cartões escolhidos, mais uma vez teve destaque a palavra “medo”. Essa preferência foi explicada por Carol e Ester nas seguintes narrativas:

A palavra medo. Eu escolhi a palavra medo porque logo no começo da minha gravidez eu fiquei com muito medo de contar isso pra minha família, de como eles iriam reagir e até porque foi logo no começo da minha separação. Quando eu contei, eu já tava com dois meses que eu resolvi contar [...] eu resolvi aceitar o meu filho (sic). - Carol

A palavra medo! Porque eu tenho muito medo pelas coisas que eu estou passando. Tenho medo do meu filho nascer, e passar, não ter, tipo assim que [...], eu tô passando muita necessidade, e por eu ter que comprar as coisa dele. Eu tenho medo de chegar o tempo que ele nascer e ele não ter nada (sic). - Ester

Figura 21 - Instrumentos para aplicação do momento “Presenciando o *holding*”: mandala representativa do útero gravídico. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Nos diálogos de roda que aconteceram nesse segundo momento, as gestantes puderam refletir ao se depararem com alguns contextos antagônicos abordados, tais como a vida e a morte ou aborto. Nesse sentido, chamou atenção a narrativa de Laura, quando citou a palavra “vida” interligada à maternidade: “A palavra vida. Porque é assim, é, é muito prazeroso, você poder dar a vida a outro ser [...] sair de dentro de você, é inexplicável” (sic).

Já o cartão com a palavra “aborto”, foi escolhido por Raylane devido a lembranças sobre a tentativa de algumas pessoas próximas de seu convívio, inclusive a própria mãe, de induzÍ-la a praticar tal ato, sem sua vontade.

A palavra aborto. Não é que tenha alguma coisa a ver não, mas [...] eu escolhi essa palavra porque quando eu soube que tava grávida, que eu falei pra minha mãe, aí minha mãe falou para outras pessoas, eu escutei muito mal as pessoas me mandando tomar remédio, pra tomar as coisas; e eu vi, eu mostrei pra elas, que eu não ia fazer isso. Eu sou nova, mas eu tenho juízo (sic).

O cartão com a palavra “paz” foi escolhido pela gestante Mariana, dando ênfase ao sentimento vivido por ela naquele momento: “Eu no momento, eu tô sentindo paz. Minha gravidez tá sendo calma, não tá sendo conturbado [...] Pelo menos por aqui tem paz” (sic).

Algumas gestantes preferiram escolher objetos em vez de palavras. As que escolheram um livro demonstraram, com isso, a necessidade de conhecimento na busca de

respostas para determinadas dúvidas a respeito da gestação, puerpério e cuidados com o recém-nascido, conforme relataram Dourada e Dalila:

“O livro gravidez do dia-a-dia, porque desde quando descobri que eu tô grávida, tudo que é reportagem, olho vídeos na internet para tirar minhas dúvidas” (sic). - Dourada

“Eu ia pegar esse livro, mas vou pegar não, vou pegar esse. É porque eu não vejo a hora dela nascer para eu dar banho” (sic). - Dalila

Uma única participante escolheu o bebê ao centro da mandala, imaginando ser a figura de seu filho na sua frente, naquele momento: “Porque eu me imaginei [...] eu imaginei meu filho. Eu me imaginei assim, com ele agora. Eu tava olhando pra ele lá e ele mexendo. Tava imaginando ele” (sic). - Emilly

Objetos que resgatavam lembranças de cuidados prestados ao bebê em gestações anteriores também foram escolhidos. “A fralda! Novamente trocar a fralda dele, pela segunda vez” (sic). - Ana

Da mesma forma, lembranças de momentos pretéritos foram descritas na fala de Alice: “A segurança novamente de ser mãe de novo [...] me sinto segura novamente” (sic).

Conceitos relacionados ao amor foram destacados nas narrativas de Fernanda e Aurora:

Aquela palavra ali, amor materno. Porque, apesar de tudo, desde o começo da minha gravidez, desde quando eu soube que tava grávida, eu amo meu filho assim, mais que tudo. Na minha vida, eu faço de tudo por ele, tudo que eu puder fazer por ele, qualquer sacrifício eu vou fazer, o que tiver ao meu alcance (sic). - Fernanda

A capacidade de amar. Mas porque a gente se limita a achar que a gente só consegue amar o marido ou filho. O segundo filho [...], e aí você vem com a descoberta de que você consegue amar mais outro, consegue amar mais o terceiro filho, mais o quarto filho, mas sei lá quanto mais [...] ou só esse, mas a capacidade que a gente tem, de mulher, não menosprezando qualquer sentimento que o homem tenha [...] mas a capacidade que a gente tem de, de amar todos por igual, é mais ou menos isso (sic). - Aurora

Em outro momento dialógico proposto em roda, as participantes foram indagadas sobre o sentimento de estar preparada para cuidar de seu filho. Quatro demonstraram insegurança em proporcionar os cuidados primários.

A possibilidade de ausência da mãe ou de uma cuidadora que a auxiliasse nos cuidados básicos ao recém-nascido, durante o puerpério, foi fator crucial para a negatividade de Raylane: “Não! Porque eu não sei cuidar de filho. Aí eu tenho medo de [...], eu não saber cuidar dela direito. Mas eu vou ter ajuda da minha mãe, depois que eu tiver, e eu vou lá, fico meio confortável, confortável assim [...] em termo de ajuda, mas, assim [...] eu não me sinto bem” (sic).

Joana também declarou despreparo para cuidar de seu filho através da seguinte narrativa:

Não! Quando eu descobri não! Porque eu quis esconder nova por três meses, e foi um susto pra mim né? Eu lá pensava engravidar com dois meses, [...] me assustei um pouco, até porque eu já tenho um filho [...] pela parte financeira mesmo, porque eu não trabalho no momento, e porque eu fiquei um pouco perdida, porque na minha primeira gravidez, minha mãe me ajudou muito [...] depois que eu tive bebê. E dessa gravidez agora, eu sei que eu vou ficar um pouco só. Então, fico com medo! Mas agora, eu não tô com muito medo não, acho que eu quero enfrentar mesmo (sic). - Joana

Assumir uma postura de rejeição e se perceber despreparada para maternidade; depois refletir sobre determinados sentimentos e emoções, buscando contornar a situação por um processo de aceitação, foi uma situação destacada na fala de Ana: “Quando eu descobri, eu fiquei revoltada, eu não queria agora não! Agora eu tô aceitando, aceitando e preparada” (sic).

Pôde-se perceber que a proposta de grupo colocada em prática neste estudo obteve resultados realmente significativos e relevantes, conforme o relato dessa gestante que, quando indagada pelo pesquisador sobre o que a fez aceitar a gravidez, respondeu: “Quando eu comecei a vir pro grupo” (sic) - Ana

Cinco participantes afirmaram categoricamente que estavam preparadas para cuidar de seus bebês, independente de entraves financeiros ou ambientais, medos, incapacidade de exercer a maternidade ou outros quesitos de ordem psicológica. Nesse contexto, merecem destaque as narrativas de Laura: “Eu me sinto preparada nessa gravidez, já tive uma [...] pensei também na comodidade, problemas financeiros também, se eu [...] ter condições de dar uma vida boa pra ela. Eu me sinto preparada” (sic).

Outro questionamento direcionado às participantes foi se elas tinham amor de mãe. Nas respostas, cinco destacaram que vivenciavam um desamor materno, tanto no passado, como no momento presente. Três citaram que tiveram somente amor de avó, ressaltando a exclusão e abandono de suas mães biológicas. O relato da gestante Carol foi bem conclusivo nesse contexto: “Não! Porque eu fui criada pela minha vó. Quando eu fui morar com minha mãe, eu já tinha treze anos” (sic).

O fenômeno de rejeição pode ser representado por um mecanismo, não plenamente verdadeiro, de que a carência de amor fomentada na infância pode acarretar uma menor possibilidade de transmitir amor na vida adulta. Assim, o sentimento de ter sido rejeitada pode proporcionar possibilidades de rejeição.

Ainda no contexto da exclusão materna sofrida, merecem destaque as palavras de Dourada, a participante que mais demonstrou seriedade e insensibilidade, tanto verbalmente, como pela linguagem corporal, no transcorrer desta pesquisa: “Não! Minha mãe sempre me tratou com indiferença”.

Figura 22 - Momento de autoencontro e despertar crítico-reflexivo para se proporcionar o *holding*. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

No momento final desse encontro, foi proposta a última vivência em grupo. As participantes colocaram vendas e, após as retirarem, se depararam com a presença de um bebê fictício, sendo convidadas e estimuladas a vivenciar o *holding*. Nessa atividade, três participantes não aceitaram o contato com o bebê fictício. A razão dessa recusa foi relatada no momento final, durante o ritual de conotação positiva.

Já as gestantes que se deixaram envolver por essa vivência, demonstraram seu *holding* de diversas formas. Em termos de linguagem corporal, foram observadas reações de comoção, declarações de amor, e algumas narrativas com conotações positivas sobre o momento vivenciado.

Durante o momento que mantinham o bebê fictício em seus braços, as participantes verbalizaram sobre o sentimento que queriam transmitir ao mesmo naquele momento. No quadro 4, estão descritas as narrativas mais relevantes das participantes na vivência do *holding*.

Propôs-se, portanto, estimular o vínculo mãe-bebê, tendo sido algo extremamente válido e relevante. Essa vivência de grupo foi uma das mais aprovadas pelas participantes pesquisadas, deixando gravados, na percepção do pesquisador, resultados animadores que responderam muitos dos objetivos propostos inicialmente.

Figura 23 - Momento “Presenciando o *holding*”. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Quadro 4 - Narrativas das participantes após o contato com o bebê fictício. Fortaleza-Ceará, 2016.

Gestante “Que sentimentos eu quero transmitir a ele neste momento?”

Carol Que ele foi o melhor presente que Deus me enviou, e que venha com muita saúde e que eu vou dar muito amor pra ele (sic).

Laura Que eu amo muito ela, muito ansiosa para chegada. Nós amamos muito ele, meu marido, minha filha, não vejo a hora dela chegar (sic).

Dalila Eu não vou falar não, eu vou só chorar. Eu não tenho nada pra dizer não! Não vai sair não, não, eu vou só chorar. Claro, que eu amo ela. Eu não vejo a hora! É muito emocionante, é inexplicável ser mãe (sic).

Fernanda Que ele sempre foi e vai ser bem-vindo. Que ele vai ter amor de mãe, bastante, de vó, de vô, de todo mundo, do pai dele eu acho que também vai ter, é uma besteira medonha, não sei quando nascer, né? E que eu amo ele, apesar de tudo, eu e as minhas forças (sic).

(Quadro 4 - Continua...)

Aurora	Que o amor que eu sinto por ele é muito grande. E que eu tô aqui para ser realmente uma mãe pra ele, não simplesmente alguém que colocou ele no mundo né? E que ele é muito excelente, que ele faz parte da minha vida (sic).
Emilly	Que eu amo ele demais acima de tudo, ele é tudo na minha vida, e que, se ele não teve amor de pai agora na minha gravidez, se ele não tiver, eu estou aqui, pra ser pai e ser mãe, mesmo que ninguém aceite ele. Por tudo que eu passar eu sempre vou ficar do lado dele, não vou abandonar ele jamais (sic).
Dourada	Que eu amo muito ele e que ele foi muito desejado e vai ser muito esperado (sic).
Brenda	Primeiro, que venha com saúde e paz, né? Porque a primeira vez que eu fiquei grávida, meus menino não queria, queria que fosse homem né, queria que fosse um menino, não menina. Quando eu fui bater, eu disse que era um menino, eles se acalmaram mais. Disse que ia ser homem, mais um menino. Ficaram mais contente, porque eles não queriam que fosse uma menina (sic).
Mariana	Vai ter muito amor, carinho, e espero saber cuidar dela [...] Então, eu sei cuidar de dois meninos, mas menina é uma nova experiência e eu creio que ela vai ter muito amor e carinho. Não só como de mim, como da minha família, como da família dele (sic).
Ana	Que venha com saúde, é lindo e eu amo ele (sic).
Alice	Que ele venha com muita saúde. Amor e carinho ele sempre vai ter (sic).

Fonte: elaborada pelo autor.

A preocupação materna primária foi experienciada de forma distinta por cada uma das gestantes durante a última abordagem de grupo. Algumas se sentiram tranquilas quando convidadas a segurar o bebê fictício e proporcionar o cuidado expresso pelo toque, verbalizando emoções positivas sentidas naquele breve instante.

No entanto, vale reforçar que o *holding* na relação mãe-bebê também proporcionou um momento de crise e rejeição em algumas participantes. Em três situações, o bebê não foi aceito nem acolhido nos braços das participantes, observando-se, assim, uma diferença de cuidado motivada possivelmente por quesitos ambientais e relacionais, que serviram de bloqueio ou barreira para se chegar à maternagem.

Vários são os fatores que podem ter proporcionado essa aversão, tais como: o modo como se deu a gravidez; a inexistência de um relacionamento conjugal; a rejeição de familiares importantes, em especial da avó do bebê; o abandono do parceiro e alguns quesitos

de ordem econômica, como o desemprego. Um desses itens, ou a relação entre eles, poderia gerar um sentimento de culpabilização do bebê.

No contexto da díade mãe-bebê, Kehdy (2013) descreve que o atendimento que proporcione *holding* a esse binômio pode ser importante, não só no âmbito da fragilidade materna, mas também nas situações em que a díade mãe-bebê se encontra vulnerabilizada. Essa vulnerabilidade pode ser percebida por uma rede social precária (sem a presença de família e amigos), economicamente fragilizada, sem apoio familiar e social ou quando o bebê apresente quadros psicossomáticos que possam comprometer seu desenvolvimento e sua integração psicossomática.

Barbosa *et al.* (2010) descrevem a importância do *holding* profissional como o modo que o profissional de saúde lida com questões de relação mãe-filho, desde a gestação, fomentando, assim, um vínculo e uma relação de confiança que transmita à mãe segurança física e emocional na hora do parto, bem como o estímulo para o exercício de uma maternagem suficientemente boa.

Ao término dessa atividade, foi realizado o ritual de conotação positiva, caracterizado por falas que destacaram o valor da amizade conquistado no grupo, a confiança depositada no encontro, os aprendizados e as experiências compartilhadas.

Os momentos de alegria motivados pelo comportamento extrovertido de Dalila; a convivência e confiança no grupo; a lição de vida e os momentos de superação frente aos conflitos vividos foram alguns aspectos destacados pelas participantes e resumidos nas palavras de Ester:

As amigadas, as loucuras da Dalila. As loucuras delas aí, as história também, e esse encontro né? [...] para eu vencer e evoluir, pra eu aprender e superar. [Chamou atenção?] Chamou; porque em casa eu choro, mas não consigo chorar na frente dos outros. Choro escondido, e aqui eu choro na frente de todo mundo, não tenho vergonha” (sic).

Foram marcantes os relatos das histórias de vida de duas participantes da pesquisa, caracterizadas por grande rejeição e sofrimento. Tais participantes confiaram plenamente no grupo, expondo sua vida, seu sofrimento e sua capacidade de superação. Em termos gerais, três participantes ficaram comovidas com a história de vida de Ester e Emilly. Uma destacou a pressão psicológica envolvida na questão do aborto, e quatro destacaram o sofrimento e resiliência de Ester, conforme Aurora descreve: “Eu vou compartilhar minhas coisas pela história da Ester, eu fiquei muito comovida com ela, e realmente a confiança, eu sinto que ela teve confiança aqui com a gente” (sic).

Laura, em sua narrativa, destacou a importância de se colocar no lugar de quem vivencia um sofrimento e perceber a capacidade de resiliência de quem superou, percebendo um sentido nisso: “A que a gente, às vezes, pensa que tá passando por alguma coisa, mas também não sabe das outras vidas, das outras pessoas” (sic).

Tais relatos proporcionaram suporte e reflexão no contexto psicológico de oito participantes desta pesquisa. Elas puderam perceber que seu sofrimento era bem menor que o de outras, o que possibilitou uma motivação para agirem com mais resiliência, superação e ideias positivas. Ao se colocarem no lugar das demais, puderam refletir sobre um sentido diferente para seu sofrimento.

As reflexões das participantes geraram sentimentos positivos de partilha e ajuda mútua, despertando solidariedade e integração, como se pode observar na narrativa compartilhada por Dalila:

E uma coisa que me chamou mais atenção foi a história da Emilly e a história da Ester, e o que eu quero dizer pra ela [...], Ester que na hora que ela precisar, eu tô aqui, eu sou sua amiga, falo aqui de coração, que você estivesse passando, com certeza você pode com apoio de outras pessoas também. Você pode contar comigo e ter uma amiga [...], você pode precisar! Me procure! Moro muito longe não, moro lá embaixo [...] Se eu puder lhe ajudar, se eu tiver condições eu te ajudo, porque hoje você tá passando por isso; amanhã, eu não sei o dia de amanhã. Amanhã pode ser eu que bata na sua porta e você pode me receber do mesmo jeito. Eu quero [dizer] você nunca desista dos seus sonhos, do seu filho que você tá esperando, da sua filha. Ela vai ser uma bênção na sua vida, e só pensar em coisa boa daqui pra frente, que tudo Deus dá um jeito, e tudo vai levando [...] e vai dar tudo certo (sic). - Dalila

Outro fator relevante diz respeito à reação de rejeição em segurar o bebê fictício por parte de algumas participantes, justificada pela sensação de inquietude e estranheza por ter que expressar sentimentos a um objeto. Raylane destacou esse momento como íntimo, e expressou o desejo de compartilhá-lo somente com seu filho: “Inquietude! Esse negócio de pegar na boneca que é estranho. É vou deixar pra falar com minha filha quando eu tiver com ela mesmo” (sic).

Já Joana explicou a recusa ao *holding* no sentido de que estava tentando evitar emoções que não gostaria de sentir naquele instante: “A parte da boneca passando, porque eu imaginei meu filho, por isso que eu não quis pegar. Porque eu sabia que eu ia me emocionar. Porque eu tenho muitas coisas pra falar, mas quero dizer só mesmo pro meu bebê” (sic).

A respeito do sentimento de insegurança, pode-se citar o relato de Mariana que, muito embora expresse ter absorvido experiências significativas nos encontros, demonstra algumas incertezas sobre a capacidade de executar o papel de mãe. “Fico imaginando assim, mesmo, se eu trago experiência [...] Se a gente está realmente preparada pra ser mãe de um

bebê, não é fácil. Não é fácil educar, dar amor carinho, ser aquela supermãe e não existe! Só isso mesmo” (sic). - Mariana

A palavra “experiência” foi destacada por todas as participantes do grupo nos diversos momentos de conotação positiva. Nesse contexto, destaca-se a narrativa de Aurora:

A experiência né? Que a gente escutou, e [...] a gente aprende com a história de cada uma e, com a vida de cada uma e a gente vê que não é fácil pra ninguém. É, mais que ainda seja planejado uma gravidez, mas se sabe o quanto que é difícil pra cada uma, superar o desafio, né? (sic).

Por fim, as gestantes foram questionadas se havia “algo de ruim que queriam deixar ali”, ou seja, algo negativo que desejariam desfazer-se naquele instante. Destacou-se, então, a narrativa de Emilly: “O que eu passei, o que eu falei, o que eu passei, eu não quero levar, não quero lembrar, eu quero esquecer!” (sic).

A respeito dessas colocações, Barboza (2009, p. 106) descreve:

A maternidade posiciona a mulher diante de uma nova situação que implica a adaptação e o reposicionamento de conduta; esse processo é lento e gradual, exigindo da mulher capacidade de dar sentido a esta vivência, por meio de um processo elaborativo que resultou em autoconhecimento e crescimento.

A reflexão sobre os conflitos e dúvidas quanto a ser uma mãe adequada leva à mulher a possibilidade de explorar e ampliar seu senso comum, como ser humano, e buscar no seu íntimo um sentido para a maternidade. Assim, ela se reposiciona diante de sua vida, tanto individual como coletivamente, na busca de soluções salutares que proporcionem paz interior e ambiental (BARBOZA, 2009).

5.4 Horizontalização das informações: categorizando unidades de significado relevantes como um fenômeno

5.4.1 *Mágoa: reflexos do desamor de uma mãe biológica não suficientemente boa*

A reflexão obtida por meio de alguns relatos das participantes desta pesquisa leva à caracterização da palavra “mágoa” numa unidade de significado relevante como um fenômeno, tendo em vista que algumas gestantes eram privadas do amor materno, ressentidas emocionalmente, ou apresentavam comportamento introspectivo com momentos de isolamento em grupo, apatia ou tristeza.

Quando o sofrimento pretérito deixa de ser um segredo e a confiança no grupo proporciona liberdade para descarregar emoções pela fala, fica mais visível o fenômeno da mágoa. Às vezes, tal fenômeno tem raízes desde a vida uterina, conforme descreve Emilly:

“Quero dizer o meu exemplo, que não fui planejada, que eu nasci, [...] ela [mãe de Emily] tava dando de mamar com quatro meses, quando ela engravidou [...], além de grávida, ela dava de mamar, ela engravidou de mim, ela até quis tomar remédio, aí meu pai não deixou” (sic).

Primeiramente, observou-se quanto ao direcionamento de vulnerabilidades, culpabilidades e responsabilidades para as mães de determinadas participantes desta pesquisa, que, segundo os relatos, em tempos pretéritos, não proporcionaram cuidado e apego adequados às suas filhas, algumas vezes, inclusive, abandonando-as e deixando-as sob cuidado das avós. Em seguida, foi observado como essa mesma história se repete no contexto de vida das gestantes, como uma herança emocional de uma mãe excludente que não foi suficientemente boa. Essa observação foi extremamente significativa para o estudo.

Ao se indagar às participantes se tiveram amor de mãe, algumas apresentaram em suas respostas sentimentos e emoções negativas. Tal resultado foi destacado na fala de Raylane:

Não! Ela não demonstra nada não. A minha mãe nunca demonstrou não. O amor que eu vejo que a minha mãe sente mesmo é pelo meu irmão mais velho, que foi o primeiro filho dela e é isso. Mas eu nunca senti nada dela, amor da minha mãe na minha gravidez não, por mim ela sentiu não (sic).

É relevante citar os déficits de diálogo, a rigidez, a frieza nas emoções e, em algumas situações, o medo da figura materna, descrito por algumas participantes, com destaque nas palavras de Mariana: “Quando eu descobri foi um susto. Quando eu fui bater a ultrassom eu já tava com dois meses, e fui assim com um pouco de medo para contar pra minha mãe, porque eu já tenho dois, ela cria um [...]” (sic).

Alguns relatos se referiram a situações incompatíveis com a vida, permeadas de ameaçadas ou aconselhamentos direcionados para a prática do aborto. Em meio a essas discussões, Emilly descreveu:

Na hora que eu descobri que eu tava grávida da minha segunda gestação ela não quis, ela não aceitava, ela disse que não queria, não queria outro neto. Ali não era hora de eu ter tido outro filho que eu ia pra rua, ou eu tomava o remédio, ou eu tomava citotec pra poder abortar, e eu disse a ela que ia pra rua com minha filha, mas eu não ia rebolar [abortar], não ia nunca [matar] meu filho, aí quando ela descobriu que era menino, que era o sonho dela de ter um neto homem, ela veio aceitar, hoje em dia ela faz, fala assim, quer dar as coisas a eu, eu não aceito porque ela me fez muito sofrer no começo da minha gravidez (sic).

Soejima e Weber (2008) estudaram 21 mães que abandonaram seus filhos, obtendo como resultado a relação significativa com a interação familiar deficitária, percebida por essas mães em suas próprias infâncias. Os autores obtiveram dados estatisticamente significativos, demonstrando que o motivo do abandono se deu por essas mães terem sido

abandonadas por suas mães, num ambiente de maus-tratos, rejeição e negligência parental. Tal pesquisa se iguala a outras, em que experiências pretéritas vivenciadas no lar ou em família influenciam na aceitação ou negação da maternagem.

Nesse contexto de rejeição ao bebê, Cavalcante e Jorge (2008) descrevem que uma criança vítima da rejeição e abandono no vínculo original arrasta o sentimento de insegurança como um trauma afetivo, e pode agir de maneira insegura nos próximos vínculos, dentre esses os que incluem uma relação primária.

De acordo com Soejima e Weber (2008), fatores pretéritos vivenciados pela mãe em família, tais como os estilos parentais; desestrutura/desamparo no lar; questões econômicas; proibição jurídica do aborto; práticas educacionais recebidas, dentre outros, embora não completamente determinantes, podem influenciar na maternagem dessa futura mãe, bem como podem colocar em risco o desenvolvimento da criança.

Esses estudos, cujas explicações têm por base uma corrente de abandono, exigem maiores reflexões e um aprofundamento mais persistente.

Em todos os encontros desta pesquisa, foram citados pelas participantes o abandono de companheiros e a agressão verbal por parte de suas mães. Durante o estudo, elas foram indagadas sobre o quesito vínculo e apego de mãe. Como resultado, sete participantes relataram que tiveram amor de mãe, porém sete referiram que foram negligenciadas quanto ao amor materno. Além disso, somente duas achavam que tinham sido planejadas.

Tal constatação remete a uma reflexão a respeito do real papel de mãe e sobre o porquê dessa inversão de valores. Geralmente, a mãe deve ser uma personagem de referência na história de vida do filho, e não alguém criticada por não proporcionar a maternagem satisfatória, sem diálogo, adotando uma conduta punitiva e violenta.

Analisando a dimensão do cotidiano e do mundo onde a violência está inserida, observa-se, cada vez mais, a naturalidade de como as mulheres visualizam e se habitam com ela, principalmente no espaço intrafamiliar e nas relações estabelecidas entre homens e mulheres (VIEIRA; PADOIN; PAULA, 2010).

Ao se perceber os aspectos relacionados ao desamor presente em alguns contextos de uma comunidade de risco em que predominam a violência, a inversões de valores, a desestruturação do lar, dentre outras vulnerabilidades atenuantes na vida das jovens gestantes pesquisadas, constata-se a grande responsabilidade dos profissionais da ESF e da rede de apoio onde se insere essa problemática.

Na atenção básica, assim como em outros níveis de atenção à saúde, merecem destaque o planejamento e a avaliação permanente em equipe, sendo importante também a

integração e parceria entre a ESF, o NASF, os CRAS, as maternidades e a Universidade, com o objetivo de fortalecer a rede de apoio à gestante, articulando e implementando projetos que fomentem uma política de paz e amor, direcionada, principalmente, ao contexto da família.

A partir dessas ações, tem-se a oportunidade de fomentar ideias que impulsionam a formulação de novas tecnologias leves, pois é através do diálogo entre os diversos saberes, nos diferentes setores que acolhem as gestantes, que são propostas mudanças positivas para muitos paradigmas difíceis de exortar.

5.4.2 Desprezo: o fenômeno inesperado do abandono pelo companheiro

Outro fator relevante encontrado nas falas das participantes solteiras desta pesquisa foi o abandono do companheiro ao se compartilhar a positividade da gravidez. Alguns relatos podem esconder um ambiente envolto pela violência psicológica, tendo sido percebida pela forma de narrar e pela linguagem corporal de quem foi abandonada por possível desplanejamento ou erro cometido a dois. Porém, a culpa geralmente é direcionada unicamente à mulher.

Mello (2015) descreve o quanto é significativo o número de mães solteiras, muitas totalmente inseridas num contexto violento, abandonadas por seus companheiros e outros familiares, tendo que se estruturar e se adequar ao novo contexto de família dos dias atuais.

Tais fatores, algumas vezes, podem vulnerabilizar alguns quesitos de ordem psicológica da gestante e, possivelmente, acarretar rejeição, abandono, depressão, agressão, transtornos mentais, aborto, suicídio, dentre outros inúmeros problemas algumas vezes pouco percebidos, mas que estão cada vez mais presentes em seu meio.

No entanto, existem mecanismos que se sobrepõem diante das dificuldades impostas pela rejeição: o sonho de ser mãe. Algo que motiva, alegria e fortalece a mulher, dependendo do contexto psicológico em que ela se encontra.

O contraste entre a felicidade em realizar o sonho de ser mãe e o sentimento de tristeza pela ausência do pai foi destacado na fala de Carol: “Eu me sinto às vezes feliz porque eu sonho que eu vou ser mãe, e às vezes triste porque, assim, a situação que eu passo, né? E porque não tem pai” (sic).

Fernandes *et al.* (2011) destacam o significado negativo do abandono da mulher por seu companheiro como um fator representativo que induz à rejeição, pois está muito interligado a questões econômicas e afetivas. O sentimento de onipotência da mulher frente à

possibilidade de criar o filho sozinho pode ser desperto nesse contexto, porém ela precisa de apoio para lidar com algumas situações que podem vulnerabilizar o vínculo com seu filho.

Fernandes *et al.* (2011) descrevem que esse tipo de abandono influencia cada vez mais para a formação do novo modelo de família monoparental, com a ausência do pai, em detrimento da família matriarcal, abrangendo uma dimensão social, jurídica e afetiva significativa no ambiente da díade mãe-bebê, e gerando, muitas vezes, situações de preconceito e estigma que podem comprometer a cidadania tanto da criança como da mãe.

Mesmo com a ausência da figura paterna, alguns discursos revelam a capacidade de enfrentamento das responsabilidades da mulher, com uma atitude instintivamente materna, ao se proporcionar amor, proteção e assumir, sozinho, o duplo papel de cuidadora. Assim descreve Emily:

Que eu amo ele demais acima de tudo, ele é tudo na minha vida, e que, se ele não teve amor de pai agora na minha gravidez, se ele não tiver, eu estou aqui, pra ser pai e ser mãe, Mesmo que ninguém aceite ele, por tudo que eu passar eu sempre vou ficar do lado dele, não vou abandonar ele jamais (sic).

Fatores opostos ao instinto materno, como a sensação de rejeição ao filho, em virtude dos ressentimentos perante o pai da criança, foram característicos nas narrativas de Joana: “Esse aqui eu desprezei, mas por causa do pai. Porque eu não queria ele, e também não aceitava a criança também, por conta dele” (sic).

No estudo de Fernandes *et al.* (2011) a respeito do abandono de bebês prematuros, foi demonstrado que vulnerabilidades no lar, com a predominância de sentimentos de rejeição e desprezo no contexto de abandono familiar materno, podem contribuir para a negligência à maternidade. Tal sentimento é nutrido, muitas vezes, desde a infância, perpassando pela adolescência, gravidez e puerpério, ou seja, toda uma história de vida interligada com o abandono psíquico, familiar, social e do companheiro.

Dentre os fatores citados, os autores destacam o abandono familiar e do pai do bebê como preponderantes para que seja nutrido, na subjetividade das mães que abandonaram seus filhos prematuros, um sentimento de impotência que impõe ideias negativas e de dificuldades ou incapacidades.

Stellin *et al.* (2011) descrevem a extrema importância da figura do pai da criança para que a gestante perpassasse todas as transformações advindas por uma gestação de forma saudável, bem como se adapte à nova dinâmica familiar que está sendo moldada. De praxe, a presença e o suporte do pai do bebê no momento da gravidez, parto e puerpério são de suma importância para que a mulher possa exercer sua maternagem e auxiliar seu filho a se constituir como sujeito.

Quando se aborda o tema rejeição, é válido estudar sobre fatores que evitem o abandono, mesmo diante das inúmeras dificuldades, destacando aspectos de resiliência que estimularam mulheres a não abandonar sua prole.

Nesta pesquisa, onze participantes rejeitavam completamente sua gravidez, uma única se enquadrava por sofrer violência e rejeição do companheiro, e outras duas por serem rejeitadas pela mãe.

Portanto, é extremamente relevante refletir sobre todos esses aspectos e implementar mais pesquisas a respeito dessa temática, tendo em vista que o sentimento de desprezo não merece ser compartilhado, muito menos vivido, conforme mencionado na fala de Carol, ao término de um dos encontros: “De ruim eu quero deixar só o desprezo, e de bom só o aprendizado. Cada vez mais a gente mais aprende” (sic).

Roeker *et al.* (2012) descrevem o quanto é notória a importância da formação de laços afetivos significativos entre a mãe e seu filho desde a concepção. A proximidade do parto pode trazer ansiedade e preocupações a respeito dos cuidados com o bebê, principalmente se a gestante vai contar ou não com o auxílio de sua mãe no puerpério. Outro momento de ansiedade é o momento da separação parcial com seu filho, proporcionada pelo início das atividades laborais, o que gera preocupação em encontrar um ambiente seguro que proporcione uma qualidade no cuidado do seu bebê (ROEKER *et al.*, 2012).

O referido estudo proporciona alguns pensamentos críticos e reflexivos a respeito da rejeição desde a concepção. A mãe assume um posicionamento que precisa ser respeitado e acolhido, de acordo com seu tempo e livre arbítrio, para que, em determinado momento, os nós críticos sejam desatados, e o que é visto como um problema, aos poucos, possa ter uma solução e um real sentido.

5.4.3 Rejeição: o fenômeno sombrio de negar a gravidez e o conceito

O relato sobre uma gestação indesejada traz consigo uma história muito interligada ao desafeto, abandono, desarmonia no lar e, por conseguinte, a possível rejeição do filho desde a concepção até, possivelmente, a vida adulta. Uma criança rejeitada desde o ventre e vivendo num lar desestruturado pode desenvolver frustrações, podendo-se tornar um jovem agressivo, vulnerável às drogas, à violência e a outros riscos da vida adulta, o que fomenta o aumento da criminalidade, bem visíveis em notícias de jornais, revistas ou programas policiais.

De acordo com Menezes (2012), um dos motivos geradores da prática do ato infracional por parte do menor é a deficiência ou fragilidade na estrutura da família, refletida por sua história de vida, muitas vezes excluído de amor e afeto desde quando foi gerado, e por sua educação, muitas vezes falha e desastrosa. Esses fatores estão diretamente ligados às mentes criminosas na menoridade.

Tal desestrutura familiar está relacionada à inversão de valores presente em muitos lares e no meio social que se vivencia na atualidade. As transformações de uma estrutura familiar deficiente induzem questões e mudanças radicais do modo de se viver em sociedade.

Engravidar, dar sequência à gestação e ter um filho são acontecimentos que acarretam consequências significativas, desde privações afetivas e econômicas, até situações de tensão, rejeição e sentimentos de ambivalência. Preocupações futuras intensificam a frustração aliada a sentimentos de raiva e ressentimentos, o que impede a gestante de ir a um encontro satisfatório e gratificante com sua gravidez (MALDONADO, 1980).

Ao se negar a gravidez e o filho, destinando sua guarda a terceiros, como os avós, a gestante terá algumas consequências. Partindo desse pressuposto, Verny e Weintraub (2014, p. 38), estudiosos da psicologia neonatal e infantil, descrevem que: “idealmente, toda criança deve ser um filho desejado.” Tal afirmativa fortalece o ponto essencial de que a rejeição à gestação pode causar transtornos psicológicos na vida adulta do filho.

A mulher que vivencia uma situação de crise na gestação necessita de reestruturação e reajustamento nas várias dimensões da vida. No contexto das gestações, Maldonado (1980, p. 13) descreve:

No caso da primípara, a grávida passa do papel de esposa para o de mãe; mesmo no caso da múltipara, verifica-se certa mudança de identidade, pois ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois e assim por diante, porque com a vinda de cada filho toda a composição da rede de intercomunicação familiar se altera.

Nesse sentido, dentre algumas falas das participantes, destacou-se o discurso de Joana, marcado pela rejeição, alguns sentimentos ambivalentes e breves momentos de aceitação:

No momento que alguém me tocou, não lembrei de ninguém não! Eu lembrei só de mim mesma. E quando eu toquei na barriga, senti amor, mas também, senti que eu desprezei muito. E se ele não sentir, que eu sinto amor por ele agora, ou ela, que eu não sei quem é, ainda, mas que eu já me vi dando carinho, ele já nascido, ou ela [...] Já tô aceitando! (sic).

Um dos motivos desencadeadores da rejeição de Emily foi o fato de se deparar com uma segunda gestação, proveniente do relacionamento com outro companheiro também ausente, e viver numa total dependência da figura materna, que partilhava um pouco da

mesma história de vida da filha, conforme a narrativa a seguir: “Pensei em ser mãe na minha primeira filha, mas a segunda eu não queria [...] porque eu moro dentro da casa de minha mãe e ela não aceitava eu com outro filho” (sic).

Reflexões sobre quesitos de ordem financeira, dentre esses as inúmeras dificuldades impostas pelo desemprego, preconceitos contra a gestante e a dependência de terceiros foram fatores relevantes para a rejeição ao bebê, como descreve Joana em sua fala:

Eu não queria ser mãe novamente agora. Na situação em que a gente está passando, pelo desemprego mesmo [...] E essa nuvenzinha aqui significa os pensamentos, muitos pensamentos! Penso muitas coisas; sobre o futuro, negativos, positivos. Muitos, muitos! O pensamento mais negativo é de quando ele nascer, se eu vou poder trabalhar, se eu vou dar alguma vida melhor. Entendeu? Porque a gente que é mãe quer dar uma vida melhor. E, não trabalhando, porque no caso [...] eu queria estar trabalhando, e não estou. Surgiu um emprego só que não posso, né? Porque, qual é a empresa que aceita uma gestante?

Milbradt (2008) destaca um tema relativo ao novo papel da mulher em sociedade e na família, acrescentando, em seu contexto de vida, conquistas no mercado de trabalho e em outros setores importantes da sociedade, aliados a interesses sociais e econômicos.

Essas conquistas podem ser frustradas por uma gravidez não planejada, que acaba interferindo nos planos, projetos e perspectivas de uma vida melhor para a mulher, privando-a afetiva e economicamente de tudo o que planejou. Ao se deparar com essa situação inesperada, inúmeros sentimentos podem ser despertados no íntimo da mulher, dentre esses a culpa, a raiva, o medo e a rejeição, que podem fragilizar ou romper o vínculo mãe-bebê (MILBRADT, 2008).

Alguns depoimentos captados por gestantes casadas neste estudo refletiram aspectos relacionados a uma “prisão” e expressos pela dependência financeira e, principalmente pela dificuldade em se conseguir um trabalho para se dedicar somente à prole, conforme descreve Laura: “[...] no começo fiquei ali presa, não queria! Não queria ser mãe agora [...] mas depois eu aceitei” (sic).

Determinados fatores negativos relacionados à rejeição ou outros descritos anteriormente, quando presentes no contexto da mãe, podem despertar inúmeros sentimentos, dentre esses o ódio pelo filho, abordado na teoria winnicottiana (COLLIN *et al.*, 2012).

Partindo do contexto de sentimentos estressantes para mães, Winnicott (1947) cita uma lista de vinte razões que levariam uma mãe a odiar seu filho, dentre eles o fato de machucá-la ao morder o seio durante o aleitamento materno, e a obrigação em disponibilizar tempo para o cuidado do bebê, interferindo de forma significativa em suas atividades cotidianas. De praxe, quando o ódio não resultar em rejeição e for tolerado pelo afeto, tende a se minimizar e dissipar.

Assim, merece reflexão contínua a premissa de que uma mãe que abandonou seu filho pode ter sido aquela que, em algum contexto de sua vida, sofreu abandono. A partir desse pressuposto, torna-se extremamente necessário construir redes de apoio que fortaleçam o vínculo e minimizem os abandonos (FERNANDES *et al.*, 2011).

5.4.4 Aborto: o limite entre a vida e a morte

Neste estudo, alguns contextos relacionados ao aborto foram descritos, ao se captar declarações significativas de algumas participantes, o que proporcionou determinadas reflexões sobre o tema. No âmbito territorial da área de risco onde residem as participantes desta pesquisa, a prática do aborto, mesmo sendo um crime, vem adentrando nas famílias como algo cada vez mais comum.

Na atenção básica, mais especificamente no âmbito da ESF, são evidenciados os riscos dessa prática na adolescência, a qual é descrita em alguns estudos como algo que merece maior aprofundamento.

Quando esse assunto surge numa consulta individual ou numa roda dialógica de grupo, é fundamental que o profissional acolha a gestante, escute seus motivos, respeite seus relatos, evitando preconceitos, julgamentos ou qualquer outro quesito de ordem moral ou religiosa. Tal postura evita afastamentos, medos, sentimento de culpa, estigma e desamparo.

Em estudo realizado por Nomura *et al.* (2011) com 166 mulheres em São Paulo e 150 mulheres em Natal, observou-se uma proporção relevante de mulheres que relataram violência relacionada, ou não, à prática do aborto. É importante uma investigação ativa nesse aspecto, tendo em vista que, socialmente, a violência está se inserindo cada vez mais nos relacionamentos humanos.

Os mesmos autores sugerem que sejam realizados mais estudos sobre o aborto, que permitam políticas públicas de saúde inovadoras, retratando o caráter recorrente desse fenômeno, e facilitando “uma compreensão da problemática como questão de saúde da mulher, que necessita de cuidados e atenção específica para minimizar as complicações físicas, emocionais e sociais” (NOMURA *et al.* 2011, p. 650).

É de fundamental importância que o profissional de saúde possa estabelecer uma relação de confiança com a gestante, respeitando seu relato, permitindo que a mesma reflita sobre os motivos da rejeição, auxiliando-a a pensar e repensar sobre as consequências do aborto em seu contexto de vida, bem como os riscos proporcionados ao bebê (BRASIL, 2013a).

Em pesquisa qualitativa sobre abortamento na adolescência, com abordagem na fenomenologia social, proposta por Faria *et al.* (2012), objetivou-se compreender sobre a experiência do aborto e a necessidade do cuidado, em virtude da dor e sofrimento absorvidos nessa experiência.

Aspectos negativos como a rejeição de familiares, proporcionados por uma gestação precoce e não planejada, e situações positivas como o sentimento de felicidade por ser mãe e a possibilidade de engravidar novamente contemplaram a dualidade de sentimentos percebidos na referida pesquisa (FARIA *et al.*, 2012).

De forma semelhante, no presente estudo, as gestantes que mais sofreram pressão psicológica para abortar foram as adolescentes do grupo. Dentre as pessoas que aconselhavam ou forçavam o aborto, destacavam-se as figuras da mãe, do companheiro e de pessoas com vínculos familiares próximos. Vale reforçar que, durante os trâmites da escolha das participantes deste estudo, algumas não puderam participar por terem abortado.

A insegurança em dar sequência à gestação, pela ausência do apoio materno ou do companheiro, aliada à pressão psicológica para a prática do aborto, foram fatores que vulnerabilizaram algumas participantes da pesquisa, as quais estiveram em risco iminente de interromper a gestação, conforme descreve Emilly: “[...] quando eu descobri que estava grávida, eu tentei abortar ele, comprei um remédio, mas não tive coragem de abortar o meu filho, aí o que aconteceu? O pai dele me abandonou quando eu tava com três meses” (sic).

A figura do companheiro solicitando a prática o aborto foi destacada na narrativa de Fernanda. Tal pedido foi repudiado por ela, segundo o relato da mesma:

Eu me sinto bem, me sinto feliz né, apesar do pai dele quer que eu [...] queria que eu estivesse grávida. Que eu tô grávida. Mas no começo mandou eu abortar, mas depois pediu desculpa! É assim, né? A pessoa que é mãe se sente triste [...] Mas é meu filho eu vou criar ele com a minha mãe, com a minha família, ele dá as coisas pro menino assim, mas se eu pudesse eu não aceitava (sic).

Por outro lado, diferentemente de Fernanda, que tinha o apoio de familiares, os relatos de Raylane assumiram um aspecto mais complexo, pois a gestante sofreu pressão para abortar tanto por parte da mãe, como de pessoas próximas no seu convívio familiar. A mesma assumiu uma postura indiferente e de enfrentamento ao que lhe foi solicitado, agindo a favor da maternidade e da vida.

A palavra aborto. Não é que tenha alguma coisa a ver não mas [...] Eu escolhi essa palavra porque, quando eu soube que tava grávida, que eu falei pra minha mãe, aí minha mãe falou para outras pessoas, eu escutei muito mal as pessoas me mandando tomar remédio, pra tomar as coisas, e eu vi, eu mostrei pra elas, que eu não ia fazer isso. Eu sou nova, mas eu tenho juízo (sic). - Raylane

Durante os encontros de grupo, o tema aborto foi refletido pelas participantes

principalmente quanto à rejeição de suas mães, as quais apontavam para um grande obstáculo financeiro à família. Elas ressaltavam a dificuldade em se conseguir emprego e a problemática em se manter um recém-nascido sem o apoio do pai, personagem esse destacado por ter envolvimento conflituoso com a sogra. Dentre os relatos de conflito com a mãe, merece destaque a fala de Emilly:

Quando ela falou em aborto, me lembrei o que minha mãe fez comigo, quando ela descobriu que eu tava grávida, ela disse que ia ficar com minha filha, com meu filho, nisso eu não sabia, ela insistia nisso se ele era homem, se era mulher. Aí eu disse pra ela que eu ia pra rua, mas eu não ia ficar na casa dela, já que ela preferia o aborto [...] Desde a hora que eu soube que eu tava grávida de meu filho eu não quis o aborto, quis sim ter meu filho perto de mim (sic).

Emilly manteve uma postura forte, confiante e desafiadora perante alguns obstáculos que deveria enfrentar, mesmo ferindo amplamente seus princípios. Outra característica observada em sua personalidade era seu lado afetivo e humano.

A afetividade é essencial na formação psíquica do indivíduo desde a concepção até as fases iniciais da infância. A presença dos pais ou de um desses, em especial da mãe ou de alguém de referência que desempenhe a função de cuidador, é essencial na consolidação desse processo.

A ausência de afetividade pode interferir na conduta ou formação da personalidade do ser humano, podendo acarretar distúrbios emocionais e transtornos afetivos psicológicos complexos que poderão influenciar negativamente nos vínculos familiares e sociais, em especial nas fases da adolescência e da vida adulta. No contexto desse tema, a figura materna assume a guardiania plena. Caso a mãe assuma uma postura salutar ou desequilibrada emocionalmente, suas emoções sentidas podem interferir ou auxiliar tanto de forma positiva, como negativa para a consolidação desse processo (BAIROS *et al.*, 2011).

No estudo de Boemer e Mariutti (2003), foi realizada a análise fenomenológica das situações de aborto vividas por 12 mulheres, expressando o significado da experiência e norteando a construção de categorias temáticas dispostas que sinalizaram as essências desse vivenciar, constituindo subsídios para planejar uma melhor assistência à puérpera. Como resultado, desvelou-se facetas de perda, dor, solidão, tristeza, culpa, medo e a intencionalidade da consciência para se direcionar a uma maior atenção do planejamento reprodutivo, bem como rever projetos de vida.

Quando o assunto adentra no âmbito hospitalar, o atendimento durante a internação deve ser pautado na necessidade de maior aceitação, diálogo e fornecimento de informação por parte do cuidador, reforçando a importância de ações mais eficazes e pertinentes de planejamento reprodutivo e o desenvolvimento de projetos que incluam os

familiares, na perspectiva do diálogo intrafamiliar.

Conquistar a confiança e a reciprocidade com a usuária do serviço, atuar de forma planejada, e se dedicar melhor no contexto dessa problemática, propondo mudanças satisfatórias e pertinentes, são objetivos essenciais que devem ser trabalhados por todos os profissionais da atenção básica. Como suporte, a equipe da ESF pode contar com o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, bem como da equipe do NASF e CAPS, em especial o psicólogo (BRASIL, 2013b).

5.4.5 Ambivalência de sentimentos: equilíbrio entre a emoção e a razão

Ferman (2009) destaca, dentre alguns aspectos psicológicos do período gravídico puerperal, a presença de sentimentos opostos, ou seja, a ambivalência. A sensibilidade é uma característica peculiar da gestação, estando presente tanto na mulher que deseja como na que rejeita o conceito. A respeito desse aspecto, merece destaque a fala de Mariana: “Muito sentimento [...] É raiva, tristeza, dá vontade de matar e ao mesmo tempo ir lá [...] é choro, é sentir muitas coisas. Muitas emoções ao mesmo tempo” (sic).

Barbosa *et al.* (2010) caracterizam o sentimento de ambivalência como típico da gravidez, e descrevem, pelas respostas das participantes de sua pesquisa, o conflito entre “o desejo de ser mãe” e “as preocupações que ocorrem com a chegada do bebê”. As mães estudadas por eles que receberam um suporte do ambiente onde estão inseridas encontraram um *holding* necessário para suprir as necessidades de seus filhos pela maternagem. É essencial que se compreenda melhor a subjetividade do ser gerado e se proporcione uma resposta significativa às suas necessidades básicas, a fim de se fortalecer vínculos e estimular um ambiente salutar que integre a díade mãe-bebê.

Sentimentos dúbios de alegria e tristeza foram característicos nas narrativas de algumas participantes da presente pesquisa, merecendo destaque a descrição de Ester: “Eu me vejo um pouco feliz e triste, ao mesmo momento, preocupada e ansiosa” (sic). Essa ambivalência de sentimentos foi observada nos diálogos ocorridos nos cinco encontros.

Infelizmente, muitos indivíduos que permeiam o ambiente onde as gestantes se inserem, dentre esses seus próprios companheiros, pouco compreendem e quase não dão atenção ao contexto dos sentimentos contraditórios vivenciados por elas.

Silva e Brito (2010) descrevem que desajustes conjugais podem se tornar persistentes ou atenuantes devido a labilidades ou instabilidades emocionais e sintomas característicos do ciclo gravídico, muitas vezes incompreendidos ou negligenciados pelos

companheiros das gestantes. Esses, muitas vezes, desvalorizam as queixas das mulheres e são, geralmente, ausentes nas consultas de pré-natal.

Torna-se válido, portanto, estimular e incluir o parceiro durante a consulta de pré-natal, para que esse compreenda melhor as modificações fisiológicas e emocionais ocorridas na gestação. Devem ser minimizados os desconfortos decorrentes de negligência ou ausência do parceiro no contexto de vida da gestante. É importante que o pai da criança seja mais participativo e proporcione um ambiente de vínculo, suporte e superação à sua companheira e ao seu futuro bebê (SILVA; BRITO, 2010).

Ferman (2009) destaca que dependerá muito da gestante a solução adequada para que sejam vivenciados momentos satisfatórios de equilíbrio nesse fervilhar de sentimentos e conflitos. Tais sentimentos são típicos de sua natureza, e somente ela poderá achar um mecanismo coerente para controlá-los. Entretanto, observando-se os relatos de Aurora, percebe-se que não é tão fácil assim: “Durante a gravidez, sei que a maioria de todas passam [...] mas eu sou capaz de matar e curar num mesmo tempo. Assim, num curto espaço de tempo. Então meu temperamento muda muito, minhas emoções mudam muito” (sic).

Caso o equilíbrio seja inviável, problemas anteriormente descritos poderão aflorar, dentre esses desajustes conjugais e familiares, algo bem típico nos dias atuais (FERMAN, 2009).

Portanto, torna-se extremamente necessário instituir possibilidades de enfrentamento perante esse problema, e rever novas possibilidades que estimulem a superação e o empoderamento, como foi realizado por alguns mecanismos propostos nesta pesquisa. Tal necessidade é evidenciada quando se depara com relatos de quem precisa de auxílio, como se vê na narrativa de Joana: “Dessa gravidez agora eu sei que eu vou ficar um pouco só. Então, fico com medo. Mas agora eu não tô com muito medo não. Acho que eu quero enfrentar mesmo” (sic).

5.4.6 Resiliência: refletindo positivamente sobre a capacidade da aceitação

A capacidade de assumir uma postura equilibrada num ambiente de desequilíbrio e insanidade, sobrepondo-se e construindo-se positivamente, é uma das definições mais objetivas de resiliência (BARRETO, 2008).

No processo saúde-doença da mulher, a condição patológica em que os transtornos da gravidez, parto e puerpério se inserem pode acarretar prejuízos irreparáveis à mãe, à criança e à família. Na relação mãe-filho, tais transtornos podem vulnerabilizar a

interação dessa díade, principalmente se a mãe for deprimida, não possuindo estabilidade emocional suficiente para exercer sua maternagem, bem como, também, se essa não tiver um suporte psíquico e ambiental básico para enfrentamento dos entraves (MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011).

As atividades e vivências propostas no grupo do presente estudo despertaram sentimentos e ideias positivas sobre a maternidade e a maternagem, conforme o relato de Ester: “Eu quero ser a mãe que eu não tive. Eu quero poder dar o amor que eu não tive da minha mãe, a atenção. Eu nunca pensaria em aborto, em eu abandonar ela” (sic).

Pensamentos de tristeza foram reestruturados por sentimentos de felicidade, em especial por parte de algumas participantes que demonstravam uma postura rígida e, ao final dos encontros, passaram a expressar um momento de felicidade mais pleno, como o descrito por Raylane: “Eu me vejo feliz, apesar das coisas que eu escutei, por não saber cuidar de uma criança. Espero que ela venha com saúde e que eu consiga cuidar dela do jeito que ela merece” (sic).

Situações que envolviam perdas não foram mais tão significativas na postura de Emily: “O ponto negativo porque eu perdi muita coisa, por causa da minha gravidez [...] emprego, estudar, e muita coisa. Mas, pra mim, mais tarde eu posso fazer isso” (sic).

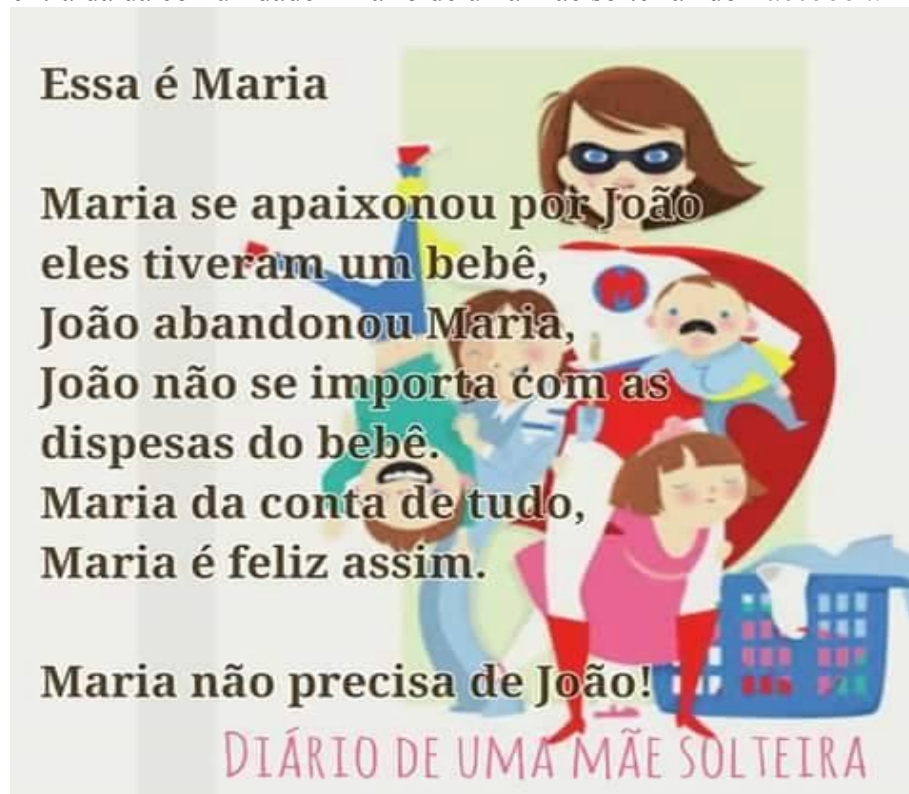
Além disso, desentendimentos com a figura materna foram repensados e ideias mais brandas, focadas em sentimentos mais nobres, como o amor, foram afloradas. Alguns mecanismos de interação e reconciliação foram observados na fala de Emily:

Senti muito amor, muito carinho. Lembrei muito da minha mãe. Que ela com a ignorância dela e tudo, mas ela, quando eu tô dormindo, eu finjo que eu tô dormindo [...], aí eu vejo que ela tá lá me abraçando, ela me beija, ela chora, ela pede desculpas das coisas que ela já fez comigo (sic).

A figura 24 ilustra perfeitamente a situação de superação de algumas participantes desta pesquisa e descreve o fechamento da estória de Maria. Assumindo a imagem de super-heroína, as gestantes passam a demonstrar uma postura extremamente resiliente, independente do auxílio de seus companheiros.

Por fim, torna-se essencial a capacidade humana de transformar criativamente os aspectos negativos da vida em algo positivo ou construtivo. Essa transformação deve focar no otimismo diante do entrave, tendo em vista o potencial humano que, em seus melhores aspectos, sempre permite permutar o sofrimento por uma conquista, conforme descreve Frankl (2008, p. 161): “transformar o sofrimento numa conquista e numa realização humana, extrair da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor, fazer transitoriedade da vida num incentivo para realizar ações responsáveis”.

Figura 24 - Imagem compartilhada por uma participante da pesquisa via *WhatsApp*, extraída da comunidade “Diário de uma mãe solteira” do *Facebook*. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: Facebook. Grupo “Diário de uma mãe solteira”.

5.4.7 Aceitação: o resgate da maternagem como um fenômeno

No transcorrer de cada encontro deste estudo, foi significativo poder captar a essência de cada fala, todas inseridas em tópicos relativamente pertinentes no contexto do resgate à maternagem. Em algumas narrativas, foi válido observar o despertar para um pensamento crítico e reflexivo de aceitação da maternidade por parte das gestantes. Um aspecto de suma importância para se propor a aceitação foi o sentimento do amor.

Segundo Joana, uma das participantes que mais rejeitavam a gravidez e o conceito inicialmente, o amor foi considerado o principal motivo de sua aceitação:

O momento de ontem já me fez refletir algo positivo. Porque a gente vê tanta expectativa nas pessoas, ter um filho e você tá negando seu próprio filho. Entendeu? [...] Eu acho assim, que eu tô sendo, tipo, injusta com a criança, que não tem nada a ver. Aí então eu resolvi [amar]. [...] Porque o amor, a gente é, como diz, né? É um mandamento. A gente tem que amar [...] Então eu resolvi amar. Porque a gente pode mudar o amor pelo ódio, como também pode mudar o ódio pelo amor. E eu resolvi amar [...] (sic).

Outro diálogo partilhado e destacado por essa mesma participante foi sobre a relevância que as atividades do grupo trouxeram a ela. O ambiente dos encontros foi percebido como um local de reflexões, modificando e reestruturando seu modo de pensar.

Portanto, a proposta do grupo auxiliou Joana a esquecer sentimentos ruins, implantando em seu contexto de vida um resgate à maternagem pelo amor.

Só amor mesmo, o coração que tá aí. Porque eu resolvi amar, meu filho, apesar de tudo. Apesar de tudo que eu passei [...] Assim, no início, que eu não queria aceitar, fiquei revoltada da vida mesmo, mas agora eu tô tranquila, graças a Deus! Agora tô aceitando, por mais que eu tô amando. Amando a minha gravidez. Eu acho que tá dentro de casa só. Só pensando besteira, depois quando eu comecei a vir pro grupo eu mudei (sic) - Joana

Outras narrativas destacaram um processo contínuo de revolta e negação, tendo sido revertido por um contexto de aceitação, conforme relata Ana: “Quando eu descobri, eu fiquei revoltada, eu não queria agora não. Agora eu tô aceitando [...] Aceitando e preparada” (sic). A mesma participante foi indagada pelo pesquisador sobre o real motivo da aceitação. Sua resposta foi: “Quando eu comecei a vir pro grupo.”

Influências do ambiente externo e quesitos de ordem financeira foram alguns dos maiores entraves observados e relatados pelas participantes desta pesquisa, e que influenciaram no sentimento de rejeição à maternagem. No entanto, apesar dessas dificuldades, reflexões sobre possíveis mudanças para se reverter os problemas enfrentados e instituir o fenômeno de aceitação, foram observadas na narrativa de Aurora:

[...] às vezes me angustia, mas não pelo fato de rejeição a ele, mas sim porque a gente vê muito pelo lado financeiro, como é que vai ser, como é que não vai ser. Mas sempre vem esperança de que ele vai trazer essa mudança, essa revigorada em nossas vidas e veio simplesmente para acrescentar, se eu tive alguma rejeição, mas não foi a rejeição séria, não foi aquela coisa de colocar pra fora o filho. Mas é porque tem muita gente que tem o pensamento de que três filhos é demais [...] Você podia ficar só com dois. Ah! Devia ficar só com um, não precisava, né? Vem muito isso no pensamento, mas eu e meu marido, a gente não pensa assim... E assim negativo, eu não posso garantir se é negativo, ter algum sentimento, porque é, pra mim, é uma grande alegria poder estar grávida novamente (sic).

O sentimento de aceitação de Joana, exposto no grupo por meio de palavras e gestos que refletiam sinceridade e confiança, reforçou um significado maternal que integrou amplamente o grupo. O fato de essa gestante ter sido inicialmente resistente a algumas propostas do estudo e, aos poucos, ter começado a entender seu real propósito, verbalizando a sua aceitação, acabou auxiliando algumas participantes a refletirem sobre pontos positivos específicos da maternidade. Ouvir suas palavras foi algo extremamente gratificante: “O ponto positivo é porque eu já tô aceitando a gravidez, mas mesmo assim não aceitava, agora eu já, já tô sentindo um pouquinho de amor [...] De ontem para hoje me senti mais segura, já viveu uma esperança a mais dentro de mim” (sic).

5.5 Avaliação da proposta de grupo

A avaliação principal da proposta de grupo foi realizada por meio dos relatos captados nos rituais de conotação positiva, que aconteciam ao fim dos encontros, e também pelas informações contidas no instrumento de avaliação da tecnologia aplicada.

Os rituais de conotação positiva eram tidos como momentos de partilha de experiências, baseados em duas perguntas a serem aplicadas em grupo:

- “Que experiência eu levo do que presenciei hoje?”
- “O que mais me influenciou ou afetou na experiência vivenciada no grupo?”

Porém, para uma melhor compreensão das participantes em virtude de quesitos de cognição, escolaridade e entendimento, as perguntas eram refeitas e aplicadas da seguinte forma:

- “O que eu levo de bom no que vivenciei hoje?”
- “O que mais me chamou atenção e o que eu quero deixar de ruim que não me agradou no encontro?”

A Figura 25 ilustra o processo de integração fomentado nos rituais de conotação positiva aplicados ao término de cada encontro.

Figura 25 - Ritual de conotação positiva aos moldes da Terapia Comunitária. Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor.

Foram captadas as narrativas mais relevantes que destacavam as experiências vivenciadas em grupo. Evidenciou-se, nas falas das participantes, o auxílio; a integração e fortalecimento dos laços de amizade; as novas descobertas aprendidas; a sustentação que cada encontro trouxe para superar os problemas; a percepção da história da outra; a confiança no grupo; a valorização de vínculos; o estímulo para a autoestima e a autoconfiança; e a capacidade de refletir sobre todos esses aspectos, propondo uma nova história interligada a mudanças positivas tanto para a mãe, como para o bebê.

Foram também destacados sentimentos e situações de vida ruins que as gestantes desejavam eliminar. Os sentimentos de medo, exclusão, insegurança e desesperança, juntamente com as situações de desemprego, violência e abandono foram os mais verbalizados pelas participantes. Dentre alguns relatos interligados a esse enfoque, convém mencionar a fala de Ester: “De ruim eu quero deixar as humilhações dos outros comigo” (sic).

Ao fim de cada encontro, notou-se um sentimento de esperança e positividade expresso nas narrativas e percebido no olhar de cada participante. Era gerada uma autoconfiança entre elas que fomentava a certeza de que cada problema vivenciado teria sua devida solução.

Aliado a esses fatores, o sentimento de gratidão por ter uma mãe presente, perante tantas histórias inversas de exclusão, foi destacado na fala de Aurora: “O achar que não, que nosso problema não tem solução, né? Assim, a falta de fé [que é muitas vezes]. Quero deixar aqui a desesperança, a falta de esperança [...] E o que eu vou levar comigo é a gratidão. A gratidão por ter uma mãe que tanto me amou e me ama” (sic).

No relato de Mariana, são percebidos bons sentimentos ao se colocar no lugar do conceito e frente às histórias de vida e problemas partilhados pelas outras participantes, o que gerou auxílio mútuo.

Nunca imaginei o bebê por dentro na barriga. Para mim era só esperado, como vindo ao mundo. Eu não tinha essa noção. Me relaxou muito, em ter ouvido as histórias das meninas. Que os outros também têm problemas. Quando você está só pensando, você pensa que é só você (sic).

Espelhar-se na história da outra e perceber que o problema a ser superado pode ser bem menor foram fatores mencionados em algumas falas. “Experiência de vida que a gente às vezes pensa que tá em numa satisfação, mas tem gente pior” (sic). - Joana

A autoconfiança foi notória em algumas narrativas, principalmente no relato de Ester, uma gestante introspectiva, mas que muito verbalizou suas emoções, confiando plenamente no grupo: “A confiança que faltava em mim mesma. Eu tinha muita insegurança. Eu pensava em fazer, mas não dava o primeiro passo por medo de não dar certo” (sic).

A gestante Brenda relatou ter se identificado com as demais participantes, destacando o momento dos encontros como um espaço de partilha, com o envolvimento de sentimentos bons e que a faz esquecer os momentos ruins vividos. “Muita alegria, porque a gente em casa fica imaginando besteira e vindo pra cá a gente esquece. Vou achar ruim porque acabou” (sic). - Brenda

A percepção dos encontros como um espaço de resiliência e partilha auxiliou no processo de construção da maternagem das participantes. O relato de Ana reforçou a relevância do grupo como um suporte de aceitação da maternidade e prática da maternagem: “O curso me deu um suporte e me ajudou aceitar” (sic).

Ao se avaliar esses relatos e reflexões significativas das participantes, principalmente a respeito de alguns riscos e vulnerabilidades atenuantes, percebe-se a importância da ESF em se propor ações de prevenção a agravos e promoção à saúde, relativas a essa problemática.

Em termos gerais, é importante repensar a própria vida e sair um pouco da individualidade para servir ao próximo, pois, conforme descreve Frankl, 2008, p. 135: “Quando mais a pessoa esquecer de si mesma, dedicando-se a servir uma causa ou amar outra pessoa, mais humana será e mais se realizará.”

A análise do instrumento de avaliação da tecnologia revelou resultados satisfatórios em todos os encontros. A partir do compilado de dados, foram elaborados três gráficos e um quadro nos quais constam as narrativas significativas.

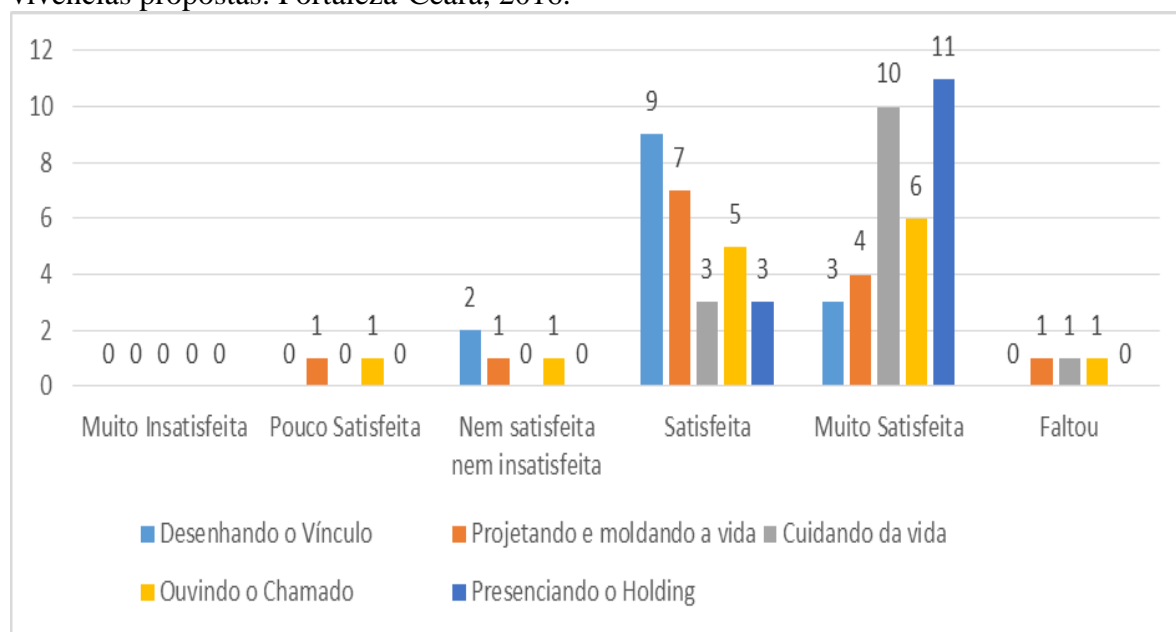
Em relação à análise de satisfação das participantes, o gráfico 5 demonstra como foram significativas as opiniões nos quesitos “muito satisfeitas” e “satisfeitas”, com destaque para os encontros “Cuidando da vida” e “Presenciando o *holding*”. O quantitativo de ausência foi mínimo. A falta de apenas uma gestante no primeiro, terceiro e quarto encontros não interferiu na coleta de dados, atingindo-se o quantitativo pactuado, que seria de, no mínimo, oito participantes por encontro.

Em dois encontros, duas gestantes saíram antecipadamente, ausentando-se cerca de quinze minutos antes de terminar a atividade por motivo de doença do filho ou pela necessidade de pegá-lo na escola.

Nenhuma gestante se mostrou insatisfeita com as atividades propostas. Duas participantes se mostraram pouco satisfeitas nos encontros “Projetando e moldando a vida” e “Ouvindo o chamado”. No quesito “nem satisfeita nem insatisfeita”, duas indicaram o momento “Presenciando o *holding*”, o qual gerou certo desconforto às mesmas por não se sentirem à vontade para pegar no bebê fictício. Nesse mesmo grau, uma gestante classificou o

“Moldando a vida”, por sentir incômodo ao moldar a massa de modelar, e outra indicou o encontro “Ouvindo o chamado”, possivelmente por não se identificar com as músicas aplicadas nas vivências.

Gráfico 5 - Grau de satisfação das gestantes relacionado às cinco atividades de grupo e vivências propostas. Fortaleza-Ceará, 2016.



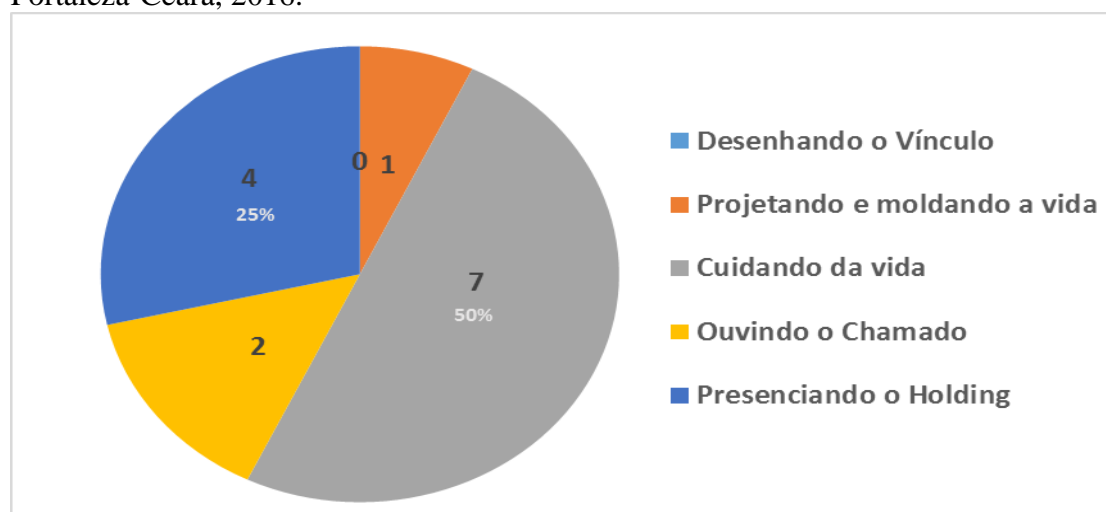
Fonte: elaborada pelo autor. Dados expressos em forma de frequência absoluta.

O gráfico 6 demonstra que a terceira abordagem de grupo, “Cuidando da vida”, destacou-se como o encontro mais importante, seguido pelo último encontro “Presenciando o *holding*”. Possivelmente, esses dois encontros tiveram maior relevância para as participantes devido à abordagem mais direcionada ao cuidado, apego e vínculo.

Subsequentemente, o momento em que se aplicou a música seguido pelo “Projetando e moldando a vida” foram, juntos, os mais importantes na opinião de três participantes. O encontro “Desenhando o vínculo” não foi escolhido como o mais importante por nenhuma participante.

Observando todos os métodos aplicados e as respostas satisfatórias expressas pelas participantes da pesquisa, percebeu-se a relevância de cada encontro, o que culminou com o êxito da tecnologia leve proposta.

Gráfico 6 - Avaliação das participantes quanto à escolha do encontro mais importante. Fortaleza-Ceará, 2016.

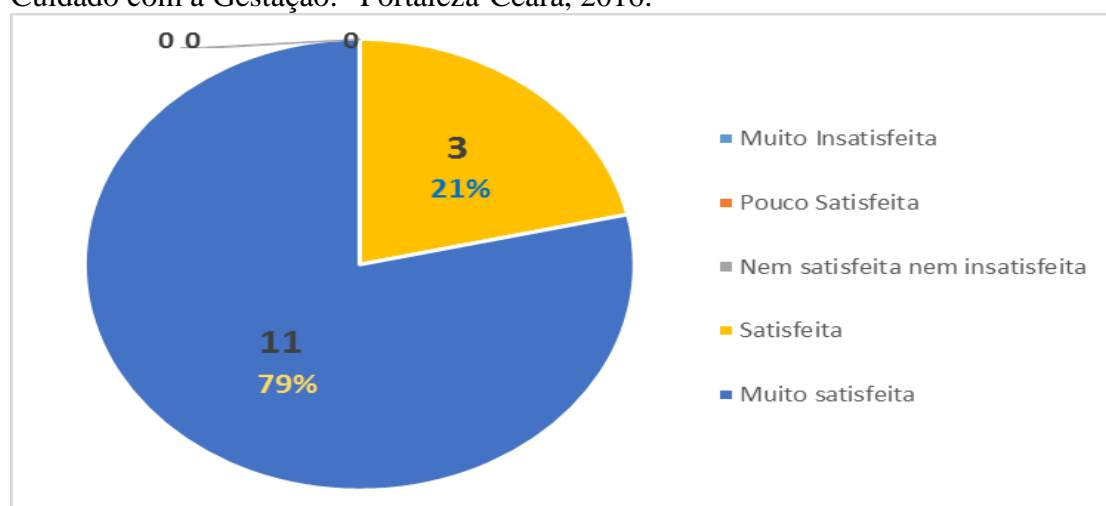


Fonte: elaborada pelo autor. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Coelho e Jorge (2009) reforçam a necessidade de implementação de propostas ou tecnologias inovadoras na ESF que fortaleçam as relações, o acolhimento, o vínculo, a integralidade das ações e a gestão dos serviços na atenção básica. Os encontros propostos nesta pesquisa se adéquam ao estudo dos referidos autores, principalmente por esse contemplar um dos principais objetivos específicos deste estudo: fortalecer a díade mãe-bebê no mundo complexo onde estão inseridos.

Os dados do gráfico 7 refletem um grau significativo de aceitação por parte das participantes desta pesquisa. Em termos percentuais, 79% delas ficaram muito satisfeitas com a tecnologia leve aplicada, e o restante (21%) ficou satisfeita. Nenhuma participante referiu ou demonstrou insatisfação com a pesquisa.

Gráfico 7 - Grau de satisfação das gestantes relacionado ao projeto “Um novo Olhar no Cuidado com a Gestação.” Fortaleza-Ceará, 2016.



Fonte: elaborada pelo autor. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Ao se avaliar o impacto das vivências propostas nas atividades de grupo, foram observadas, durante o transcorrer de cada encontro, mudanças significativas no contexto do apego, do cuidado e do vínculo.

Alguns quesitos direcionados a mudanças de atitudes foram percebidos entre as participantes, que passaram a apresentar menos introspecção; maior receptividade; linguagens corporais mais abertas e receptivas perante o novo; condutas de auxílio mútuo moldado por uma rede de apoio entre elas; mais alegria; entusiasmo; aceitação; sentido à gravidez e maior capacidade de resiliência.

Uma pergunta relacionada ao estudo fenomenológico, aplicada no apêndice C, abordou o significado e influência da experiência em grupo. No quadro 5, constam as respostas de todas as participantes para esse questionamento.

Quadro 5 - Respostas das participantes sobre o que mais influenciou ou afetou nas experiências de grupo. Fortaleza-Ceará, 2016.

Participante	O que mais influenciou ou afetou nas experiências de grupo?
Carol	A experiência de dentro do útero da mãe (sic).
Laura	O amor ao próximo, o amor ao filho. Coisa que eu nunca vi e pude aprender. O cuidado opera para pensar e olhar para meu filho (sic).
Raylane	As histórias delas. Que eu penso que estou passando por umas coisas, mas elas estão piores do que eu (sic).
Ester	A experiência de cada uma delas. Cada uma tem mais experiência e eu sou mais nova. Eu no meu cantinho, ouvia ela falando e aí eu prestava atenção e quando eu chegava em casa ficava refletindo e pensando na minha vida. O melhor momento foi o último. Foi a primeira vez que me senti apoiada. A Dalila fala coisas para mim. Nos dois momentos que chorei me senti apoiada (sic).
Dalila	No primeiro dia que eu vim foi com uma amiga e cada dia foi melhor que o outro. Muitas experiências e aprendizagem na minha vida (sic).
Fernanda	Imaginar meu filho nos meus braços, de cuidar dele (sic).
Aurora	Baseado nas histórias, a importância que a gente dá à própria vida. Quando a gente acha que está passando por situações ruins, vemos que têm pessoas passando por situações mais difíceis (sic).
Emilly	A história do amor de mãe, da menina que não teve [...] (sic).
Dourada	O convívio com as pessoas, muitas eu nem conheço (sic).

(Quadro 5 - Continua...)

Brenda	Só a convivência de vocês mesmo. Do contato, de falar, em casa a gente pensa besteira e aqui a gente esquece. Pensava de não ter ninguém que me ajude (sic).
Mariana	O momento proporcionando o apego, na música e no de hoje [último momento]. A amizade que faz aqui a gente se sente bem, relaxada, diferente de como entrou. O que me marcou mesmo foi o proporcionando o apego, nunca me passou em minha cabeça esses cuidados na gestação (sic).
Joana	A não desistir e apesar de tudo, amar nossos filhos (sic).
Ana	Fiquei muito feliz, mudou meu jeito de pensar (sic).
Alice	Estou saindo melhor (sic).

Fonte: elaborada pelo autor.

Algo extremamente relevante captado neste estudo foi o resgate de experiências vividas na infância, em especial, conflitos, medos, anseios e momentos partilhados em família.

Tais vivências instituíram a necessidade de se reformular todo um contexto de dor e sofrimento vivido, a partir de uma nova história ou fase de vida de cada gestante, por um mecanismo de resiliência e superação, transmitindo a seu filho segurança e apego maternal sem culpabilização ou punição.

Após o término dos encontros, a maioria das participantes renegou qualquer tipo de rejeição e sofrimento futuro à sua prole. Por um mecanismo típico de onipotência, apresentavam uma narrativa mais segura e confiante, ou seja, seus filhos não sofreriam o que elas sofreram na infância.

O estudo de Brisac, Perin e Quayle (2011) reacendeu, da mesma forma, as experiências das gestantes com sua própria infância. Os autores destacaram ainda a imagem a ser direcionada aos filhos, o relacionamento com os pais e o sentimento de onipotência para se criar o filho perfeito, distante de qualquer vulnerabilidade que possa ameaçá-lo.

Portanto, esses fatores devem ser levados em consideração para que todos os trabalhadores de saúde que acompanham gestantes, durante seu ciclo gravídico-puerperal, tenham condições para promover uma escuta qualificada individual ou em grupo, acolhendo as demandas dessas mulheres nos seus inúmeros anseios ou angústias. Principalmente, caso o sentimento de onipotência seja afetado por uma realidade desumana em um ambiente de rejeição, totalmente inverso a qualquer possibilidade de vínculo, apego ou maternagem.

5.6 Reflexões do pesquisador captadas acerca do fenômeno da rejeição

A formação acadêmica do enfermeiro se estrutura em práticas norteadoras do cuidado. Ao mesmo tempo, os princípios que instituem as normatizações que regem o trabalho dos profissionais da ESF instrumentalizam ações direcionadas à promoção da saúde, proporcionando, aos poucos, uma melhor qualidade de vida às famílias assistidas.

A ampliação da visão de cuidado, percebendo as vulnerabilidades de uma área de risco onde a rejeição representa um fenômeno intimamente interligado a uma gestação indesejada ou a outros processos, gerou um pensamento crítico-reflexivo sobre a relevância de conhecer, pesquisar, observar, entender e resgatar, pelo cuidado, uma maneira de atenuar a herança do referido fenômeno.

A sociedade geralmente visualiza a figura materna como alguém inato ao cuidado e à maternagem. Assim, tais percepções geram, quase que constantemente, uma sobrecarga de responsabilidades à mulher, principalmente pela dificuldade em se praticar a maternagem num ambiente inverso a ela.

Gestar num ambiente desarmonioso e desprovido de cuidado e afeto e, ao mesmo tempo, tentar assumir o real papel materno sem determinadas consequências ou reações patológicas à *psique* não é uma tarefa tão fácil. Enfim, é complicado, mas de extrema relevância, se instituir um mecanismo norteado pela paz e o amor, em que a violência e a rejeição exercem uma dominância tão preponderante.

Ao perceber tantas crianças e jovens se envolvendo na situação de criminalidade dentro da comunidade por mim assistida como enfermeiro da ESF e, ainda, ser vítima dela, ao ter sido assaltado por menores com uma arma de fogo, fato esse que me colocou entre a vida e a morte, me vêm à tona outras reflexões. Serão esses menores as verdadeiras vítimas da rejeição, excluídos de um amor materno, criados por uma mãe substituta e revoltados por sua criação moldada num ambiente totalmente desestruturado? Aquele jovem que assalta e mata poderá ter sido alguma vítima de rejeição ou de possível tentativa de aborto, que há tempos deixou desfalecer o espírito do amor e da paz em seu íntimo?

Dentre minhas reflexões sobre a maternidade, indagava-me pelos porquês de tantas avós criando netos, muitos de pais diferentes. Em outras situações, refletia sobre a postura agressiva e humilhante de algumas mães, perante seus filhos, com o uso da violência verbal e física, aliada a situações condicionantes à prática do aborto e ao fenômeno da depressão puerperal. Chegando ao limite máximo de experiências negativas, muitas dessas mulheres ficam condicionadas às tentativas de suicídio, ou possibilidades de concretização.

Adentrar nesse contexto da rejeição instituída pela mãe, percebida por ela como algo normal, sem culpabilização, foi, para mim, uma experiência angustiante.

A ambivalência de ideias dos referenciais teóricos em psicologia abordados neste estudo, alguns até antagônicos, como os estudos de Winnicott e Frankl, auxiliou no entendimento de que a superação do possível problema pode ser alcançada pelas diferenças, num resgate instituído de forma totalmente contraditória.

Mesmo água e óleo não se misturando, ambos têm sua especificidade e utilidade. Da mesma forma, através da aplicação das diferentes abordagens implementadas na tecnologia leve proposta, as respostas para as minhas indagações foram surgindo, e a solução relativa à aceitação da maternagem, antes quase impossível de se atingir, foi repensada como algo totalmente viável.

A possibilidade de aproximação com a dimensão vivencial das gestantes que rejeitaram a gestação e o conceito, no contexto da maternidade e maternagem, permitiu que fossem identificados alguns desafios para os profissionais da ESF, em especial ao enfermeiro. Algumas vulnerabilidades socioambientais foram identificadas, principalmente na vida relacional em família, muitas vezes desestruturada pela desarmonia, tanto com a figura materna, como com o parceiro íntimo.

Em virtude do tempo restrito no atendimento pré-natal, o que desfavorece uma escuta adequada às gestantes quanto aos seus anseios, dúvidas, emoções e sentimentos diversos, surgiu a necessidade de se implementar espaços de escuta, cuidado e partilha de experiências. Tal proposta objetivou fortalecer vínculos, estimular a resiliência e fomentar o empoderamento das gestantes através da proposta de grupos. O estímulo ao pensamento crítico-reflexivo no contexto da resiliência para aquelas mais vulneráveis, como também o referenciamento à rede de apoio em psicologia nos casos mais atenuantes, tornaram-se fatores extremamente necessários.

É extremamente válido se estabelecer uma relação dialógica com grupos vulneráveis, propondo ressignificação nos processos do cuidar, em que o contato e o vínculo sejam percebidos em toda sua essência, e despertando uma consciência crítica e reflexiva que possibilite uma possível mudança de atitudes através da cultura de paz. Ampliam-se, assim, as relações de troca de saberes e experiências, promovendo movimentos de partilha e solidariedade.

A pesquisa também demonstrou que, ao se proporcionar cuidado na gestação, gera-se uma carga emocional para todos que fazem parte do ambiente de maturação gestacional das participantes. Percebeu-se que os temas aborto, rejeição e violência ainda

emergem com intensidade e aversão. Todos foram percebidos como de difícil discussão por algumas participantes, principalmente pelo estigma e pelo teor jurídico, cultural e religioso em que se inserem, sendo relevante a produção de discussões e novas formas de abordagem desse contexto.

Meus próprios contextos de vida e experiências a respeito da rejeição dificultaram meu afastamento durante a prática do *epoché*. Lembranças pessoais pretéritas da ausência paterna e da criação quase relacionada a uma mãe substituta despertaram-me o interesse em trabalhar com gestantes vítimas da rejeição, o que me levou a desenvolver a presente pesquisa.

Deixar em segundo plano minhas experiências acadêmicas para tentar alcançar a plenitude desta pesquisa não foi uma tarefa fácil, porém o resultado trouxe um significado peculiar e importante, que, aos poucos, foi apresentando mais respostas à essência das experiências que vivenciei.

5.7 Descrição textual: descrição narrativa da experiência da rejeição captada pelas participantes

Inserir-se numa comunidade caracterizada pela presença de riscos e vulnerabilidades para rejeição e abandono de recém-nascidos; selecionar participantes com históricos de vida carentes de maternagem; planejar métodos, vivências e abordagens de grupo que fomentem vínculos; escolher um local propício para aplicabilidade dos encontros; instituir esforços para angariar a confiança das participantes, evitando desistências e estimulando diálogos com troca de saberes mais fidedignos possíveis; e, por fim, captar a essência do fenômeno em quase seis horas de gravação e filmagens representaram as fases de um árduo trabalho. No primeiro contato individual com cada participante, por meio da aplicação de uma entrevista, observou-se um pouco da realidade emocional e sociodemográfica necessária para se conhecer o sentido deste estudo. Perceber a subjetividade nas respostas, a intimidade dos relatos e o extravasar de sentimentos foi uma experiência necessária para começar a entender a essência do fenômeno. Esse primeiro contato serviu para consolidar o interesse de cada participante nos encontros. A experiência do desenho complementou as informações subjetivas mais pertinentes de cada participante, como uma proposta simples em sua aplicabilidade, mais complexa pelo extenso teor de resultados obtidos. Dados captados desse primeiro encontro resgataram características peculiares que influenciaram a rejeição da gestação, dentre esses: a ausência do companheiro; o abandono de

familiares; o déficit ou ausência do amor; os fatores econômicos como o desemprego e a violência psicológica sofrida por companheiros e mães. No segundo encontro, o uso da massa de modelar, como mecanismo para avaliar a autopercepção das participantes, estimulou captar sentimentos em suas narrativas e histórias de vida, aliando-se a conceitos básicos de logoterapia, os quais propuseram um sentido à maternidade indesejada. Propor um sentido à gravidez e descrever a essência desse significado em um cartão, por parte das gestantes, proporcionaram ao pesquisador experiências que fomentaram um autotranscender. Experiências como: se colocar no lugar do feto, sentindo o ambiente uterino em toda sua essência, por meio de um cuidado às vezes não recebido na infância (toque do outro e leve massagem); em seguida, tocar seu ventre (automassagem), transmitindo um contato íntimo com seu bebê e percebendo a importância do apego através dessa proposta, certamente foram as experiências mais aceitas pelo grupo. A carência de apego, por boa parte das participantes, pode ter sido um dos motivos desta escolha. Já ao se perceber pela música, de forma a entender seu significado e essência no fortalecimento do vínculo com seu filho, algumas participantes identificaram, numa letra específica que fala do amor, algo que gera desconforto aos sentidos, fato esse que trouxe algumas inquietações por parte do pesquisador. Deixar uma mensagem a respeito dos benefícios da música as participantes foi uma proposta essencial. Captar as preferências musicais de cada uma, conhecendo um pouco de cada personalidade, foi algo relevante neste estudo. Observar, por meio de outra abordagem da psicologia, uma melhor compreensão do fenômeno da rejeição através da abordagem da mãe suficientemente boa, mesclando o *holding* materno, trouxe à tona muitos bloqueios interligados às histórias de vida que levaram a tal fenômeno. Os fatores que fortaleceram a maternagem se relacionavam à resiliência das participantes, principalmente por se defrontarem com problemas mais agravantes que os seus, sensibilizando-se e se motivando para melhoria da autoestima e aceitação do bebê. Pelos rituais de conotação positiva, eram bem perceptíveis os relatos de resiliência. Outros fatores positivos se relacionavam ao amor materno recebido na infância e adolescência; o apoio de familiares; e o desejo de ser mãe. Vale reforçar que o apoio do companheiro foi citado somente num relato, e que algumas genitoras das participantes foram criticadas pela postura rígida, repressiva e excludente. As figuras do companheiro e das mães de algumas participantes sofreram críticas em muitos relatos, principalmente no que se refere à rejeição e exclusão, tanto da gestação como do bebê. A violência obstétrica na tentativa de induzir algumas ao aborto foi destacada. Conforme citado anteriormente, antes da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, duas gestantes de suma importância deixaram de participar por terem abortado. Talvez se a pesquisa tivesse sido aprovada antecipadamente, os abortos

teriam seriam evitados. Nos relatos de algumas gestantes, destacou-se a falta de apoio do companheiro e, em algumas situações mais conflitantes, o término do relacionamento a partir da descoberta da gravidez. O suporte oferecido pela família de algumas gestantes representou um mecanismo de resiliência, contribuindo significativamente para que boa parte delas conseguisse superar alguns sentimentos negativos que fomentaram a rejeição, ressignificando a gravidez como um sentido e um marco positivo em seu desenvolvimento. O uso das abordagens diferenciadas em cada encontro, mesmo criticada ou elogiada por alguns profissionais da saúde mental (por se trabalhar abordagens antagônicas da psicologia), trouxe o êxito esperado. Reforça-se que os referenciais teóricos de tais abordagens foram trabalhados separadamente. Uma abordagem de grupo eclética, entendida de acordo com sua especificidade em cada encontro, trouxe a complementação necessária para que todos os objetivos fossem atingidos com seu devido êxito. O despertar para a maternagem, proposto nos cinco encontros; os conhecimentos e ajuda compartilhada entre elas no grupo; e o suporte familiar nessa fase crítica da gestação foram fatores que as ajudaram a enfrentar esse momento de crise, possibilitando a assunção de um relacionamento mais saudável e adaptativo entre a tríade mãe-bebê-ambiente. Sendo assim, os profissionais de saúde devem reavaliar seu pensamento crítico e reflexivo a respeito das abordagens de grupos, pois não adianta ministrar uma palestra sobre um tema específico, sem levar em conta o diálogo, o saber popular e a influência do ambiente onde se está inserido.

5.8 Descrição estrutural: como foram experimentadas as experiências

A cada vivência aplicada, foi experimentada a essência do diálogo, muitas vezes bloqueada no processo de maturação silencioso e introspectivo das participantes. Os primeiros contatos integrando uma rede de apoio entre as participantes foram essenciais para concretude das atividades, principalmente pela confiança captada e partilhada em grupo. A coragem por parte das gestantes em revelar segredos ao se apresentar pelo desenho sem medos ou tabus, bem como deixar transparecer a vida em branco, sem nada representado no papel, tornaram a experiência válida. A rejeição em se moldar e sentir aversão à massa de modelar, expressando ambivalências, insatisfações, medos e inseguranças, trouxe reflexões de ordem maior, onde cada arte modelada era entendida, respeitada, partilhada e integrada no grupo. Na realidade, algumas se viam entre as demais a cada molde realizado. Desse momento foi experimentada a construção coletiva de uma intensa e significativa obra de arte, refletida pela personalidade de cada participante. Dificuldades expostas ao se tentar escrever um bilhete para si mesma e

registrar uma mensagem ou texto sobre o sentido da gravidez geraram momentos de fuga e aversão à proposta. Porém, quando instituída em toda sua plenitude, foi acatada e aceita em grupo. Experimentar a escuridão e a solidão ao usar vendas trouxe a elas insegurança e medo. Essas sensações se direcionavam a receios de serem surpreendidas pelo pesquisador com um susto. O uso de lençóis trouxe sensação de medo e sufocamento partilhados ao fim da tecnologia. Na realidade, perceber-se feto foi uma experiência difícil para algumas participantes. O uso de hidratantes nas mãos também trouxe um pouco de aversão por parte de algumas participantes. A experiência de ser tocada e se tocar foi bem aceita por todas gestantes, o que refletiu sua carência de apego e afeto. Experimentar uma música suave de ninar aos sons da natureza trouxe satisfação e relaxamento na maioria das participantes, já a última música que destacava o amor em sua letra foi rejeitada por algumas delas. As narrativas a respeito das indagações guiadas pela caixinha de som fomentaram uma interação das gestantes com músicas mais suaves e tranquilas. Muitas perceberam os benefícios que a boa música pode trazer ao bebê. A experiência do momento *holding* trouxe comoção, tranquilidade e rejeição. A cada encontro vivenciado, a experiência do vínculo do grupo se fortalecia. Nos rituais de conotação positiva, foram percebidos mecanismos de resiliência em que uma percebia, pela história de vida da outra, possibilidades de superar seu problema, que comparado a de outras gestantes, era menos agravante. Muitas auxiliavam as outras nos momentos de comoção. Tal auxílio fez com que um brinde, que deveria ser sorteado, fosse doado à participante mais fragilizada do grupo, numa escolha conjunta.

5.9 Estrutura essencial invariante: essência das experiências captadas no fenômeno da rejeição

Os aspectos subjetivos da maternagem estão intrínsecos no íntimo de cada mulher, e, algumas vezes, ficam latentes esperando algum estímulo, ou permanecem reprimidos por um desapego registrado na memória através de lembranças pretéritas de carência de amor e cuidado não recebidos na infância. As vivências de cada encontro tinham o objetivo de despertar ou estimular a maternagem, adormecida e vulnerabilizada pela rejeição. Entender o que se passava na vida de cada participante e compreender o fenômeno desta rejeição por meio das falas, gestos ou expressão de sentimentos, foi algo extremamente válido. Pela aplicação do desenho, coube a confiança de cada gestante em compartilhar sua história de vida, apresentando-se pelos seus traços. Em sua aplicação, percebeu-se a realidade de vida mais íntima de cada uma, aflorando as primeiras narrativas de exclusão, rejeição e isolamento.

O fenômeno da rejeição, nessa abordagem, foi captado pela solidão, abandono, carência de afeto e apego que essas gestantes transmitiam não só pela fala, emoção ou linguagem corporal, mas por um traçado desenhado típico de alguém que se sente só, sem ajuda, perdido numa situação ainda perceptível como uma negação perante uma vida integrada a si mesma no útero, que a incomoda. O uso da massa de modelar delineou autoimagens que transmitiam um fenômeno de baixa autoestima, tristeza, mágoa, lágrimas, repugnância em se moldar, em se aceitar e se perceber na situação de gestante. A aversão em manusear a massa (refletida na dificuldade de se moldar ou aceitar a maternidade), possibilitou, nos momentos dialógicos, uma necessidade de enfrentamento das próprias dificuldades e um possível início de aceitação. Rever a gravidez por outro olhar, não como um problema, mas como um sentido, foi uma reflexão observada nos encontros. A abordagem com uso do tato, pelo toque, proporcionando a essência do cuidado ao sentir-se no lugar do feto, no ambiente intrauterino acolhedor, fomentou tópicos importantes a respeito do cuidar da maternidade e da essência da maternagem. Nada mais interessante que se propor à mãe a possibilidade de se perceber como feto e sentir sua própria rejeição. Sentir uma autorrejeição nos trâmites iniciais do início da vida e, ao mesmo tempo, refletir que existe possibilidades mais viáveis de se opor a essa proposta, foi algo que tocou no íntimo de cada participante. Algo também interessante desse encontro foi a necessidade de se propor uma nova história de vida a seus filhos, por meio da reflexão pretérita de uma vida de desapego. A carência de apego pela figura materna caracterizou o contexto da rejeição desse encontro. Pela música, ficou mais nítido um pouco da subjetividade de cada participante através do estilo musical identificado, ficando registrados momentos de aceitação e aversão. A música de Roberto Carlos que falava de amor foi rejeitada por algumas participantes. O entendimento desse fenômeno, em que o amor expresso numa letra de música tenha desencadeado a rejeição, trouxe uma reflexão sobre a dificuldade em amar por não ter sido amada. Um simples mas intenso verbalizar de “eu te amo”, por exemplo, pode representar um “entalo” que bloqueia o verbo na vida de cada participante dessa pesquisa. O momento *holding* instituiu algumas possibilidades de aceitação, mesmo com a aversão de três participantes pela vivência proposta. De praxe, adentrar num contexto do que seja uma mãe suficientemente boa, captando sentimentos específicos de rejeição a essa proposta, e destacando-se a insegurança e o medo em aceitar a maternagem como uma essência do fenômeno da rejeição, proporcionou as inúmeras capacidades de reflexão a respeito da importância que todos os profissionais da ESF têm em instituir o mecanismo de acolhimento e suporte terapêutico às gestantes. Essa proposta foi válida quando a maioria das participantes expressou seus sentimentos a seus bebês, mesmo

com certos graus de dificuldade. A capacidade de auxílio, confiança e solidariedade do grupo foi medida pelo desprendimento de um sorteio de um kit enxoval, onde todas decidiram que o material deveria ser destinado à gestante mais vulnerável em termos de rejeição, fato percebido por elas. Na verdade, cada participante tinha um pouco da história de vida da Ester e o presente entregue a ela sem sorteio teve um pouco da essência ou história de vida de cada uma. A forma como as gestantes experimentaram os fenômenos fomentou um conjunto de reflexões e sentimentos que partiram da unicidade a ambivalência.

Aceitar ou rejeitar; amar ou odiar; ou adotar um sentimento básico que norteie suas emoções são aspectos que têm uma forte interação com história de vida e situações de cuidado e apego recebido na infância. Pensamentos, reflexões e imagens negativas de situações pretéritas vividas e estimuladas pela carência de amor, cuidado e afeto materno foram mais pertinentes nas narrativas das que não tiveram o amor da mãe biológica. A figura materna de algumas participantes foi percebida como sinônimo de medo, imposição e exclusão. Foi significativa a postura mais violenta por parte de algumas mães das participantes do que pelos próprios parceiros. Propostas ou imposições das mães e parceiros das gestantes para a prática do aborto constituíram um fator pertinente, relevante e preocupante. Mágoas e ressentimentos da figura materna ficam caracterizados como sentimentos ruins, muitas vezes imperdoáveis, de acordo com algumas narrativas. Tais sentimentos refletiam uma desestrutura no lar, possivelmente fomentada por desajustes de cuidado e afeto transmitidos de geração em geração. No contexto do lar, não foram identificadas como comum expressões ou manifestações de sentimentos de afeto como “eu te amo”, ou sentir a energia de um abraço materno. Boa parte das participantes possuía irmãs de pais diferentes, o que reflete o abandono ou desajuste relacional vivenciado por suas próprias mães. Comportamentos como indiferença, desconfiança, timidez, insegurança e incapacidade foram característicos das participantes mais carentes do apego e amor materno. Quando o assunto parte do pressuposto de uma mãe totalmente vulnerabilizada e fragilizada de cuidado, afeto e apego não recebidos desde a concepção, há a possibilidade de rejeição à sua prole ou, quem sabe, de agir de maneira resiliente, proporcionando todo apego, carinho e afeto não recebidos na infância. A atitude resiliente visa suprir ou resgatar toda carência afetiva proveniente de cada pretérito vivido. As atividades propostas que estimulavam o cuidado pelo toque foram as que mais chamaram a atenção das participantes. Na realidade, a carência do toque e do cuidado faz parte da vida dessas mulheres. Em termos gerais, as reflexões das gestantes partiram de sua história de vida e da necessidade de reformular a história de vida de suas filhas, desta vez sem dramas e sofrimentos, tendo, como conclusão, um possível final

feliz. Outro ponto relevante para a rejeição do conceito foram os quesitos de ordem econômica e financeira, diretamente relacionados à dependência de terceiros, o que gerou uma impossibilidade em se concluir projetos de vidas ou determinados sonhos. O ambiente onde a gestante está inserida tem forte influência no processo de maturação do vínculo com seu bebê. A figura materna ou companheiro foi um componente extremamente desestruturante desse ambiente. O quesito escolaridade associado a déficits de cognição dificultou o entendimento de uma participante em algumas vivências propostas. A palavra amor surgiu nos diálogos como um sentimento nobre que fortaleceria os vínculos e ajustaria o ambiente conflituoso. Em termos gerais o amor materno é essencial na consolidação e integração de uma família estruturada e equilibrada emocionalmente, bem como na construção de uma sociedade mais humana, justa, fraterna, acolhedora e que respeite as diferenças. O amor materno pode ser expresso de diferentes formas, seja por meio de uma proteção, cuidado, afeto, ou até mesmo pelo silêncio, presente de forma conjunta ou isolada. Ou seja, uma mãe pode amar protegendo, mas sem proporcionar carinho. Amar em silêncio é uma característica típica de mães introspectivas que não receberam apego na infância. Entender todo esse contexto não é algo fácil e aceitável, porém é um fenômeno presente em muitas famílias. Outro ponto importante se refere à mudança da cultura machista imposta pela sociedade, ao instituir na mulher o papel da mãe perfeita. Mudanças anatômicas e fisiológicas do corpo da mulher induzem também processos de rejeição que precisam ser repensados e refletidos. Perceber-se grávida, sem planejar; ser abandonada por pessoas antes tidas como um suporte em sua vida; sofrer inúmeras pressões para abortar; dar sequência a uma gravidez sem um sentido, num ambiente totalmente excludente da maternagem, onde uma história parecida com a de sua mãe se repete, desmotivando-se quanto a projetos de vida; e se perceber sozinha no enfrentamento dos problemas, são fatos que correspondem a algo totalmente inerente ao fenômeno de rejeição, amplamente percebido neste estudo. Ao mesmo tempo, encontrar uma solução perante esse contexto, iniciando um processo de cura captado pela confiança em grupo, resgatando sentimentos resilientes que propõem um sentido à maternidade e à vida, dentre esses o valor da união e o sentimento de amor antes latente e agora desperto, demonstra que o amor de mãe é essencial e inerente à nossa vida. Refletir sobre o fenômeno da rejeição não é uma tarefa fácil, principalmente porque vivenciamos uma cultura machista que obriga a mulher a ser uma mãe perfeita. No entanto, deve-se refletir sobre o sentido diferenciado que a rejeição trouxe a essas mães, no qual muitas se perceberam não como mães perfeitas, mas com capacidades inatas de resiliência, para construir e recontar uma nova história em suas vidas. Como fenômeno da rejeição, foram observadas emoções de medo, insegurança,

impotência, mágoa, vergonha e negação. O fator rejeição está intrínseco na relação entre “ser rejeitado e rejeitar”, ou seja, mães rejeitadas poderão rejeitar seus filhos. Os aspectos subjetivos da maternagem estão também intrínsecos no íntimo de cada mulher, e algumas vezes ficam latentes esperando serem despertados por sentimentos nobres, puros e verdadeiros. Em outro contexto, quando existe auxílio ou apoio necessário, a rejeição pode ser transformada em resiliência. Da mesma forma, a maternagem pode ser despertada no íntimo de uma gestante. Quebrar essa cadeia ou ciclo hereditário contrário à maternagem e propor um mecanismo de resiliência que promova a aceitação implementada por uma cultura de paz, cuidado, afeto e amor entre a mãe, filho e todos que fazem parte desse ambiente, é uma proposta válida, relevante e necessária.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Proporcionar uma maior atenção na captação de gestantes mais fragilizadas emocionalmente para participar dos grupos propostos pela ESF é uma estratégia pouco relatada em referenciais teóricos, porém constitui uma proposta de suma importância e relevância a ser adotada pelas equipes de saúde da família, em especial nas que trabalham em áreas de risco com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), cuja presença de drogas, prostituição e violência constituem fator atenuante, trazendo resultados insatisfatórios no território, dentre esses, abortamentos, óbitos maternos e mortalidade infantil.

Ao se delinear o perfil sociodemográfico das participantes, observaram-se vulnerabilidades significativas no contexto da maternagem. Literaturas pertinentes referem que gestantes mais expostas a riscos e vulnerabilidades, tanto individuais como sociais, são mais propensas ao desmame precoce, como também a rejeitar a maternidade, parir prematuramente, adoecerem de depressão ou se enquadrarem nos indicadores epidemiológicos mais severos de morbimortalidade.

Outra preocupação se relaciona ao contexto da criminalidade, onde os filhos dessas mães, muitas vezes abandonados ou criados sem apego, amor e afeto, num ambiente totalmente desajustado, podem se tornar vítimas da violência, ou, numa lógica de raciocínio mais pertinente, podem vir a ser futuros delinquentes juvenis e infratores da lei, espalhando a cultura de violência hoje bem percebida na mídia jornalística ou em nossa própria história de vida, quando somos assaltados ou violentados. Refletir a respeito desse agravo, no qual violência gera violência, e que um infrator da lei, possivelmente foi educado no ambiente de abandono e carente de vínculos, é algo extremamente válido.

Quando o assunto se direciona a gestantes emocionalmente fragilizadas, torna-se necessária a abordagem de tecnologias leves específicas em grupos de apoio a essa clientela, com ações pertinentes ao âmbito da saúde mental, objetivando fortalecer o cuidado, o afeto e o vínculo mãe-filho no ambiente onde ambos estão inseridos.

Propostas como grupos de terapia comunitária; resgate da autoestima; apoio matricial; elaboração de projetos terapêuticos e preventivos no território, aliados a uma rede de apoio em saúde mental no território, como o CAPS, são mecanismos essenciais para se proporcionar conforto psicológico a mães que procuram por alívio ou cura de tanta dor e sofrimento.

O uso da pesquisa-cuidado foi extremamente relevante, pois, em cada discurso e vivência instituída neste estudo, foram propostos mecanismos de cuidado a cada participante.

Merecem destaque também os momentos proporcionados nos rituais de conotação positiva, quando cada gestante partilhou e levou para si um pouco da experiência ou cuidado transmitido.

Por meio das vivências de grupo propostas, os significados que cada gestante atribuiu ao vínculo mãe-filho-mundo refletiam respostas captadas nos formulários, por meio das quais a carência de apego, afeto e vínculo era bem nítida. Medo e insegurança se interrelacionavam à forte carga emocional trazida de momentos pretéritos em família, marcados por desajustes familiares moldados até a vida presente. A dependência econômica, culpabilização pelo não planejamento da gestação e carências afetivas (de alguém que supra suas necessidades de vínculo) foram destacados num significado expresso pelo sentimento de rejeição. Outro quesito importante foi o ambiente excludente para se implementar uma maternagem satisfatória em toda sua essência.

Captar ideias dessas propostas e fomentar outras tecnologias leves na condução de grupos é algo importante e relevante nos dias atuais, principalmente pela carência de profissionais de saúde mental que atuam na atenção básica, em especial psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Observou-se a relevância deste estudo quando alguns resultados quali-quantitativos começaram a surgir, destacando-se a figura da mãe e do companheiro das gestantes como importantes bases ou alicerces que tanto podem auxiliar no processo da construção e sustentação da maternagem, como podem desconstruir toda a proposta descrita neste estudo, desagregando completamente o vínculo.

Nesse próprio ambiente, muitas mães que cuidarão do puerpério de suas filhas poderão atuar com a inversão de valores da maternagem, lembrando e repetindo o cuidado insatisfatório recebido em sua infância, num passado bem próximo. Esse fato é bem observado em famílias moldadas numa cultura de desamor, rigor extremo ou violência contra a figura feminina, norteadas pela submissão e fomentadas na lógica do desmame, termo esse não percebido no contexto nutricional, mas avaliado como uma privação de afeto, amor e cuidado, ao ser transmitido de geração em geração, e repassado de mãe para filha pela exclusão da maternagem.

Dentre as limitações deste estudo, destacaram-se alguns quesitos de ambiência, em especial as dificuldades em encontrar um local adequado para aplicar a tecnologia proposta. O local escolhido não proporcionou um conforto adequado às participantes, principalmente durante a realização de determinadas abordagens que exigiam silêncio,

circulação de ar e iluminação suficiente. Porém, devido sua localização geográfica adequada às participantes, o mesmo foi considerado adequado para a pesquisa.

Algumas vezes, a poluição sonora representava um grande entrave durante a aplicação das vivências. Além disso, questões ambientais devido às fortes chuvas, culminando em atrasos nos encontros e pondo em risco a não concretude das atividades nos dias marcados, geraram uma grande ansiedade por parte do pesquisador. Dificuldades em lidar com a análise fenomenológica, principalmente por exigir certo conteúdo de cunho filosófico e psicológico, também desencadearam muita angústia e preocupação. A limitação mais pertinente deste estudo foi quanto às dificuldades impostas por parte da gestão maior da prefeitura de Fortaleza, não liberando totalmente o pesquisador para concluir em tempo oportuno sua pesquisa. No transcorrer do estudo e da aplicação da tecnologia leve proposta, todas as limitações foram, aos poucos, superadas.

Os significados da experiência humana pelo fenômeno da rejeição, tanto por parte das gestantes, como por parte do pesquisador, durante a relação do cuidar, captaram a essência das experiências, bem como foi encontrada uma motivação básica do existir humano, proposta em cada encontro. Nos resultados da pesquisa, destacaram-se 16 pontos importantes:

1. Os aspectos subjetivos da maternagem estão intrínsecos ao íntimo de cada mulher, e algumas vezes ficam latentes esperando serem despertados por sentimentos nobres e puros compartilhados desde a infância, ou permanecem reprimidos por um desestímulo, desapego ou desafeto não recebidos pela figura materna;
2. Vivencia-se uma cultura extremamente punitiva à mulher que não exerce a função da mãe perfeita. Tal postura se insere no contexto de submissão feminina marcada por uma cultura machista e estigmatizante, moldada desde os tempos bíblicos;
3. Memórias de uma mãe afetuosa que proporcionou o cuidado e apego adequados são essenciais na construção subjetiva de uma maternagem;
4. Instigar, na gestante, mecanismos de responsabilidade e autonomia, evitando falsos julgamentos, punições ou transferências de responsabilidades a uma ordem divinal maior, tendo em vista que muitas transferem a casualidade da maternidade como uma vontade de Deus, não assumindo a consequência dos próprios atos, é algo que merece reflexão por parte dos profissionais de saúde;
5. O ambiente onde a gestante está inserida tem forte influência no processo de maturação do vínculo com seu bebê;
6. No quesito ambiente, alguns sujeitos envolvidos no contexto da gestante, como sua mãe, seu companheiro, familiares, filhos e vizinhos, devem ser estimulados a fazer parte, direta ou

indiretamente, na construção de metodologias de cuidado. Estimulá-los a comparecer aos encontros de grupo, bem como captar sugestões desses na formulação de planos ou projetos terapêuticos específicos, é algo extremamente importante;

7. Vulnerabilidades individuais das gestantes como: baixa escolaridade; desemprego, dependência econômica; consumo de drogas; cultura subjetiva de submissão; residir num lar desestruturado psicologicamente; ser carente do amor materno e conjugal, sofrendo desgastes psicológicos e pressões no lar por parte da figura de sua mãe e do companheiro, podem interferir na construção do vínculo mãe-bebê;

8. Refletir sobre a necessidade de se inserir tecnologias leves na ESF por meio de planos, projetos terapêuticos e planejamentos propostos, em espaços de escuta para esse público específico, objetivando valorizar a fala da gestante e quebrar essa cadeia de desapego, desamor e desafeto, é essencial para se instituir mecanismos de resiliência integrados a uma cultura de amor e paz no ambiente oposto à maternagem;

9. No processo de condução dos grupos, também deve ser fomentada a importância do cuidado materno, almejando, de forma dialógica, o fortalecimento do vínculo afetivo da díade mãe-filho. Além disso, é essencial que esse cuidado proporcione mecanismos de adaptação à gestante no ambiente ou mundo onde ela e seu futuro bebê formarão vínculos;

10. A avaliação da possibilidade de se implementar redes de apoio por meio de um serviço de acompanhamento pré-natal psíquico no contexto da atenção básica, com apoio de psicólogos do NASF e CAPS, seja individual, ou com apoio matricial, ou numa atividade de grupo, torna-se válida pela extrema demanda de transtornos psíquicos da gestação e puerpério nos dias atuais. Essa ação pode conferir uma melhor resolutividade na concretude dos objetivos propostos pelas ações e planos terapêuticos instituídos em equipe;

11. Ao se perceber a gestação não como um problema, mas como um sentido que valha a pena ser vivido desde a concepção, reflete-se sobre a importância dessa nova fase na vida da mulher, direcionada para a essência de uma nova vida presente no útero;

12. É de extrema relevância que se proponha um sentido para a gestação numa conversa individual durante o pré-natal, ou por meio de uma roda dialógica em grupo;

13. O amor materno pode ser expresso de diferentes formas, seja por meio da proteção, cuidado, afeto, ou até mesmo pelo silêncio, presente tanto de forma conjunta como isolada. Ou seja, uma mãe pode amar protegendo, mas sem proporcionar carinho. Amar em silêncio é uma característica típica de mães introspectivas que não receberam apego na infância. Entender todo esse contexto não é algo tão fácil e aceitável;

14. O amor materno é essencial na consolidação e integração de uma família estruturada e equilibrada emocionalmente, bem como na construção de uma sociedade mais humana, justa, fraterna, acolhedora e que respeite as diferenças;

15. Elogiar aspectos positivos da maternagem; dialogar a respeito das características negativas e entraves que induzam a riscos e vulnerabilidades ao cuidado; problematizar o cuidado materno; ensinar os embasamentos científicos e, ao mesmo tempo, aprender com o saber popular, buscando mecanismos concretos que proporcionem um suporte adequado ao grupo, são fatores extremamente necessários para a quebra dessa corrente hereditária de desamor, instituindo no cuidador um novo olhar para gestação;

16. Deve-se refletir também sobre a postura das universidades na formação profissional em saúde, tendo em vista que muitos trabalhadores dessa área, em especial os da ESF, aprendem somente a realizar uma consulta de pré-natal lidando basicamente com a fisiopatologia da gravidez, esquecendo-se de um quesito extremamente importante: contextualizar a rejeição da maternidade e maternagem e tentar auxiliar a gestante sobre o quanto é importante o vínculo mãe-filho. Os estudos em obstetrícia não dão tanta ênfase a essa temática, principalmente as referências ou manuais do Ministério da Saúde.

Diante desses dados, salienta-se a importância em se promover grupos de gestantes como suporte nos eixos de saúde mental, priorizando as mais vulneráveis, as quais têm sua maternagem afetada e fragilizada por uma forte carga emocional negativa advinda de um ambiente de adoecimento. O uso dessa abordagem de cuidado é uma proposta relevante e essencial para se minimizar a ansiedade, sofrimentos psíquicos e transtornos psiquiátricos mais atenuantes, como a depressão puerperal, ao se proporcionar um apoio emocional, às vezes ausente ou negligenciado na consulta de pré-natal, no ambiente familiar ou no contexto relacional com seu parceiro.

A análise de satisfação das participantes refletiu um grau significativo de aprovação perante a tecnologia leve de grupo aplicada. Ao todo, onze participantes ficaram muito satisfeitas com a proposta aplicada, e outras três ficaram satisfeitas. Nenhuma participante referiu ou demonstrou insatisfação com o projeto. Em virtude da relevância desses achados, sugere-se que sejam realizadas mais pesquisas que abordem, com mais ênfase, o fenômeno da rejeição.

REFERÊNCIAS

- ABADI, Sonia. **Transições**: o modelo terapêutico de D.W. Winnicott. Tradução de Laila Yazigi de Massuh. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 234p.
- ALVARES, Thelma Sydenstricker. **“Coisas de mulher”?** A maternidade e a musicoterapia. Jornadas no mundo patriarcal. 1. ed. Curitiba: Editora CRV, 2013. 202p.
- ALVES, P. E. R. O método fenomenológico na condução de grupos terapêuticos. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 150-165, jan./jun, 2013.
- ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. *In*: III SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS. 2014. Londrina. **Anais**. GT3. Violência contra a Mulher e Políticas Públicas. Londrina, Universidade Estadual de Londrina, mai. 2014, p. 1-7.
- ANDRADE, W. A. Massagem no período gestacional: conversa Pessoal. **Portal do Servidor**. Ano VIII, n. 97. Brasília-DF, dezembro, 2008. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/senado/portaldoservidor/jornal/jornal97/beleza_massagem_gestante.aspx> Acesso em 20 ago. 2015.
- ARAÚJO, M. A. M.; MOREIRA, K. A. P.; SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. A logoterapia e suas relações com os cuidados de enfermagem em saúde mental. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 158-164, out./dez. 2008.
- ARAÚJO, S. M.; SILVA, M. E. D.; MORAES, R. C.; ALVES, D. S. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. VEREDAS FAVIP – **Rev. Eletrônica de Ciências**. v. 3, n. 2, jul./dez. 2010.
- ARAUJO, Eliezer Magno Diógenes; CAVALCANTE, Maria Michelle Bispo; MESQUITA, Kelly Cristina Marques de; LIMA, Érika Gonçalo; CORREIA, Rafaela Bezerra Façanha; SILVA, André Luís Façanha da. Educação Interprofissional e promoção da saúde: desafios para estratégia saúde da família. *In*: CATRIB, Ana Maria Fontenelle; DIAS, Maria do Socorro de Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque. **Promoção da Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família**. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2011. p 125-133.
- ARAUJO, Michell Ângelo Marques. **O Cuidado espiritual**: um modelo à luz da análise existencial e da relação de ajuda. 2011. 195f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- ARRUDA, Amália Gonçalves. **Saúde mental na comunidade**: a terapia comunitária como dispositivo de cuidado. 2011. 130f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2011.
- ASSIS, C. L.; BORGES, B. A. SOUZA, L. S.; MENDES, T. S. P. Intervenção psicossocial em grupo de mulheres gestantes do Centro de Saúde da Mulher de Cacoal-RO. **Aletheia**, Canoas, v. 42, p. 82-91, set./dez. 2013.

AUDI, C. A. F.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. PÉREZ-ESCAMILLA, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Ver. Saúde Pública**. Campinas-SP, v. 42, n. 5, p. 877-885, mar. 2008.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. O papel do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BAIROS, J.; BELZ, C. W.; MOURA, M.; OLIVEIRA, S. G.; RODRIGUES, T. T.; SILVA, S. C.; COSTA, F. T. **Infância e Adolescência**: A importância da relação afetiva na formação e desenvolvimento emocional. Cruz Alta, RS. *In*: XVI Seminário Interstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão. Cruz Alta - RS, 2011. Disponível em: <<http://www.unicruz.edu.br/seminario/artigos/humanas/INF%C3%82NCIA%20E%20ADOLESC%C3%84NCIA%20A%20IMPORT%C3%82NCIA%20DA%20RELA%C3%87%C3%83O%20AFETIVA%20NA%20FORMA%C3%87%C3%83O%20E%20DESENVOLVIMENTO%20EMOCIONAL.pdf>> Acesso em fev. 2016.

BARBOSA, F. A.; MACHADO, L. F. V.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 33, ago./dez. 2010.

BARBOZA, Maria José Constantino. A arte de gerar: gestação e arteterapia – um processo criativo feminino. *In*: PHILIPPINI, Angela. **Arteterapia**: Métodos, processos e projetos. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009. p. 100-108.

BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia Comunitária, passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008. 407p.

BAVARESCO, G. Z.; SOUZA, R. S. O.; ALMEICA, B.; SABATINO, J. H.; DIAS, M. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, 2011.

BENCZIC, B. P. B. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Rev. Psicopedagogia**. São Paulo, v. 28, n. 85, p. 67-75, 2011.

BIO, Eliane Rodrigues. **Intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto**. 2007. 124f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. (USP). Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, São Paulo, 2007.

BISCONTI, I. M. **Automassagem na Gravidez**. Clube do Bebê, 2000. Disponível em: <<http://www.clubedobebe.com.br/palavra%20dos%20especialistas/tc-08-00.htm>>. Acesso em 7 set. 2015.

BOEMER, M. R. MARIUTTI, M. G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. São Paulo: **Rev Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 59-71, 2003.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 248p.

BOSI, M. L. M.; CARVALHO, L. B.; XIMENES, V. M.; MELO, A. K. S.; GODOY, M. G. C. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 643-651, 2012.

BOWLBY, John. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1982. 166p.

BRAGA, L. L.; DELL'ÁGLIO, D. D. Suicídio na Adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**. Porto Alegre, RS, vol. 6, n. 1, jan./jun. 2013.

BRASIL, Presidência da República. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Brasília-DF, Sessão 1, p. 8853, 9 jun. 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, Sessão 1, p. 22, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes**. Série C. Projetos. Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011b. Sessão 1, p. 37-40.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Série I. História da Saúde. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL, Ministério da Saúde. País avança na melhoria da saúde pública para a mulher. **Portal Brasil**. Saúde. Política de saúde para as mulheres. Secretaria de Políticas Públicas para

Mulheres. Secretaria de Direitos Humanos, 6 set. 2011d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/pais-promove-acoes-para-avancar-na-luta-na-melhoria-da-saude-publica-para-a-mulher>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica nº 32. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica nº 34. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A violência obstétrica e os direitos da mulher**: Incentivo ao parto normal. Campanha: Promoção da Saúde - SUS. 17 set. 2015. Disponível em: <<http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-ao-parto-normal/noticias/a-violencia-obstetrica-e-os-direitos-da-mulher>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

BRAUN, M. B. SIMONSON, S. **Massoterapia**. São Paulo: Manole, 2007, p. 420-424.

BRISAC, J. N. W.; PERIN, S. H.; QUAYLE, J. Representação da relação mãe-bebê através do procedimento desenho-estória em gestantes adolescentes e tardias. **Rev. Mudanças – Psicologia da Saúde**. São Paulo, v. 19, n. 1-2, p. 69-77, jan./dez. 2011.

BUCKINGHAM, Will; BURNHAM, Douglas; HILL, Clive; KING, Peter. J.; MAREBON, John. WEEKS, Marcus. **O livro da filosofia**. São Paulo: Globo, 2011. 352p.

CALIL, E.; DEL RE, A. Análise multimodal de uma história inventada: o caso da onomatopeia visual. **Revista da ANPOLL**. São Paulo, v. 2, n. 12, p. 38, 2009.

CAMPELO, T. P. T. **Violência à mulher no período gestacional**: uma contribuição da enfermagem a saúde da família. 2013. 73f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

CASTELLÓN, T. F. **Dicionário dos nomes e seus significados**. 1. ed. São Paulo: Isis, 2013. 232p.

CARLOS, Roberto. Personalidade. Como é grande o meu amor por você. Álbum **Roberto Carlos em Ritmo de Aventura**. Formato LP. Gravadora CBS. 1967. Lado A. Faixa 2 (3 min).

CARLOS, Roberto. Como é grande o meu amor por você. 1967. Interprete: Hebe Camargo. *In*: ROSSI, Padre Marcelo. Álbum **Paz Sim, Violência Não**: Ao Vivo. Sony BMG Brasil. 2008. Vol. 1. Faixa 12 (6 min).

CAVALCANTE, C. M. JORGE, M. S. B. Mãe é a que cria: o significado de uma maternidade substituta. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 2, p. 265-275, abr./jun., 2008.

CELERI, Eloísa Helena RubelloValler. A mãe devotada e seu bebê. *In*: PINTO, Manuel da Costa (Org.). **O livro de ouro da psicanálise**: o pensamento de Freud, Jung, Melanie Klein, Lancan, Winnicott e outros. 2. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007, p. 421-434.

CERBONE, David. R. **Fenomenologia**. Tradução de Caesar Souza. Série Pensamento Moderno. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. 292p.

CHARRON, Camilo. DUMET, Nathalie. GUÉGUEN, Nicolas. LIEURY, Alain. RUSINEK, Stéphane. **Dicionário de psicologia de A a Z: 500 palavras para compreender**. Lisboa, Portugal: Escolar editora, 2013. 280p.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.) GONÇALVES, Daniel Almeida; BALLESTER, Dinarte; TÓFOLI, Luís Fernando; CHAZAN, Luís Fernando; ALMEIDA, Naly; FORTES, Sandra. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

COELHO, M. O. JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1523-1531, 2009.

COGNET, Georges. **Compreender e interpretar desenhos infantis**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2013. 239p.

COLLIN, Catherine; BENSON, Nigel; GINSBURG, Joannah; GRAND, Voula; LAZYAN, Merrin; WEEKS, Marcus. **O livro da Psicologia**. Tradução de Carla M. Hermeto e Ana Luiza Martins. São Paulo: Globo, 2012. 352p.

COLLUCCI, C. Exercitar-se na hora do parto reduz a chance de cesárea e dor. **Jornal Folha de São Paulo**. Equilíbrio e Saúde. São Paulo, 23 abr. 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2009/04/555055-exercitar-se-na-hora-do-parto-reduz-chance-de-cesarea-e-dor.shtml>>. Acesso em 15 jul. 2016.

CORDOBA, Elisabete. **Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Rideel, 2013. 296p.

COSTA, E. S. PINON. G. M. B. COSTA, T. S. SANTOS, R. C. A. NÓBREGA, A. R. SOUSA, L. B. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene**. Fortaleza, vol. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun. 2010.

CRESWELL, Jonh W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens**. Tradução de Sandra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341p.

CRUZ, I. M.; SOUZA, I. R. D.; SANTOS, M. P.; SOUZA, A. G.; SOARES, J. R.; SOUZA, L. P. S.; GONÇALVES, R. C. R.; SILVA, C. S. O. A música como intervenção e cuidados em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Brasília, DF, v.6, n.1, p.549-64. 2015. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/833>>. Acesso em 02 jan. 2016.

CUNHA, B. M. Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate a violência de gênero. *In: XVI JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DE DIREITO DA UFPR*. 2014, Paraná, **Artigo**, 2014, p.149-170.

CYROUS, S.A.M. Logoterapia, Direitos Humanos e Sustentabilidade: Repensando modelos. Logos e Existência. **Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e análise Existencial**. João Pessoa, PB, v. 1, p. 138-147, 2012.

DANTAS, V. L. A.; LINHARES, A. M. B.; SILVA, E. J. LIMA, R. F.; SILVA, M. R. F.; ANDRADE, L. O. M. Cirandas da Vida: dialogismo e arte na gestão em saúde. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 46-58, 2012.

DEWHUSRST-MADDOCK, Olivea. **A cura pelo som: técnica de auto-ajuda através da música e da própria voz**. Tradução de Andréa da Silva Medeiros. São Paulo: Madras editora. 1999. 144p.

DUARTE, V. T. A arteterapia inclusa na grade curricular das graduações de artes plástica. X CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO - EDUCERE. I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, SUBJETIVIDADE E EDUCAÇÃO – SIRSSE. 2011, Curitiba, PR. **Anais**. Curitiba, PR, 7-10 de nov. 2011, p. 695-709

ENYA. **Painttheskywith stars.The bestof Enya**. Warner Music, 1997. 1 CD.

FARIA, E. C. R.; DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B.; FERREIRA, L. M. G. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul, v. 33, n. 3, p. 20-26, 2012.

FERMAN, Estella. Tecendo emoções. 2009. 172f. Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Arteterapia na Saúde e na Educação apresentada à Escola de Teatro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. UNIRIO. 2009. *In*: PHILIPPINI, Angela. **Arteterapia: Métodos, processos e projetos**. 2ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009. p. 47-58.

FERNANDES, R.T.; LAMY, Z.C.; MORSCH, D. FILHO, F.L. COELHO, L.F. Tecendo as teias do abandono: Além das percepções das mães de bebês prematuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4033-4042, 2011.

FERREIRA, R. G. “Duras tecnologias leves” nas ações de enfermagem em saúde mental: ferramentas ao subsídio da prática. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v. 7, n. 4, p. 66-77, jan./dez. 2015.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal. Lei complementar nº 0076, de 18 de março de 2010. Institui a Zona Especial de Interesse Social 1 (ZEIS 1) do Lagamar, composta por faixas de áreas dos Bairros São João do Tauape e Alto da Balança e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**. Poder Executivo, Fortaleza, 18 março de 2010. Ano LVII, Suplemento ao N° 14.266.

FRANKL, Victor Emil. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Tradução de Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. 25 ed. São Leopoldo: Sinodal: Petrópolis: Vozes, 2008. 140p.

FREITAS, G. V. S.; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Associação Médica Bras.** São Paulo, v. 48, n. 3, p. 245-9, jul/set. 2002.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiânia-GO, v. 11, n. 2, p. 424-428, mai. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>> Acesso em: 10 jan. 2016.

FREITAS, C. F. S. Ilegalidade e degradação em Fortaleza: os riscos do conflito entre a agenda urbana e ambiental brasileira. **Urbe. Rev. Bras. Gest. Urbana.** Curitiba, v. 6, n. 1, p. 109-125. jan./abr, 2014.

FRIGO, L. F.; SILVA, R. M.; MATTOS, K. M.; MANFIO, F.; BOEIRA, G. S. A importância dos grupos de gestantes na atenção primária. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção.** Santa Maria – RS, ano II, v. 2, n. 3, ago. 2012.

GARCIA, Paula Trindade (Org.); MOREIRA, João Carlos Raposo; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira. **Saúde da Mulher: Geral.** São Luís: Universidade Federal do Maranhão. Universidade Aberta do SUS. UNASUS, 2013. 33p.

GIL, A. C.; YAMAUCHI, N. I. Elaboração no projeto da pesquisa fenomenológica em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem,** Salvador, v. 26, n. 3, p. 565-573, set./dez. 2012.

GIOVANNI, Miriam Di. **Rede cegonha:** da concepção à implantação. 2013. 98f. Monografia (Especialização em Gestão Pública). Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Brasília, DF. 2013.

GOMES, A. A. **A teoria do apego no contexto da produção científica contemporânea.** 2011. 285f. Dissertação (Mestrado) – UNESP. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2011.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e Formas de Maternagem desde a Idade Média à Atualidade. **Pensando Famílias.** Porto Alegre-RS, v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014.

GUTIERREZ, D. M. D.; CASTRO, E. H. B.; PONTES, K. D. S. Vínculo mãe-filho: Reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. **Revista Nufen.** São Paulo, ano 03, v. 1, n.2, p. 3-24, ago./set. 2011.

HENRIQUES, A. H. B.; LIMA, G. M. B.; TRIGUEIRO, J. V. S.; SARAIVA, A. M.; PONTES, M. G. A.; CAVALCANTI, J. R. D.; BAPTISTA, R. S. Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. **Ver Bras Promoç Saúde.** Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2015.

IWATA, H.; ROSA, H. R.; VALENTE, M. L. L. C. O desenho da figura humana e o TAT de adolescentes grávidas: Um estudo no Hospital Geral. UNESP. Faculdade de Ciências e Letras.

Campus de Assis. Departamento de Psicologia Clínica. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 63, n. 138, p. 65-80, jun. 2013.

KEHDY, R. Proporcionando *holding* a dupla mãe-bebê. **Pediatria moderna**. Rio de Janeiro, v. 49, fas. 9, p. 404-408, set. 2013.

LEJARRAGA, Ana Lila. **O amor em Winnicott**. Rio de Janeiro: Garamond editora, 2012. 156p.

LISBOA, A. M. J. A importância do apego. **Pediatria Moderna**. São Paulo, v. 47, n. 5, p. 175-176, set./out. 2011.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, out./dez. 2011.

LUBY, J. L.; BELDEN, A. C.; HARMS, M. P.; TILLMAN, R.; BARCH, D. M. Preschool is a sensitive period for the influence of maternal support on the trajectory of hippocampal development. **PNAS, Proc Natl Acad Sci. USA**, v. 113, n. 20, p. 5742-7, apr 25, 2016.

MALDONADO, Maria Tereza Pereira. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1980. 118p.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. **DSM-5** / [American Psychiatric Association; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli (Coord.); Cristiano Tschiedel Belém da Silva; Ives Cavalcante Passos, Christian Kieling; Mário Tregnago Barcellos. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento; Paulo Henrique Machado, Regina Machado Garcez, Régis Pizzato; Sandra Maria Mallman da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

MARTINHAGO, Cristiane Zanette. 2014. 102f. **A natureza jurídica das medidas protetivas na lei 11.340/06 e suas consequências**: Um mecanismo de prevenção à violência da mulher. Monografia. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola Superior de Magistratura do Tribunal de Justiça de Santa Catarina em convênio com a Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Criciúma, 2014.

MCCARTY, Wendy Anne. **O extraordinário mundo interior dos bebês: do útero ao berço**. Os novos horizontes da psicologia pré-natal e perinatal. Tradução de Sônia Regina de Castro Bidutte, Marcelo Borges. 1. ed. São Paulo: Cultrix, 2013. 256p.

MEDEIROS, P. F. GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estudos. Feministas**. Florianópolis, v. 17, n. 1, jan./abr. 2009.

MEDINA, John. **A ciência dos bebês: da gravidez aos 5 anos – como criar filhos inteligentes e felizes**. Tradução de Laura Alves e Aurélio Rabello. Rio de Janeiro: Zahar, 2013. 297p.

MELO, M. R. C.; DANTAS, V. L. A. Círculo de cultura e promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 328-336, jul./set. 2012.

MELLO, D. F.; ANTONIETTO, A. C. G.; FURTADO, M. C. C.; WERNET, M. ALVES, J. J. O cuidado cotidiano da criança na perspectiva winnicottiana. **Rev Rene**. Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 4, p. 938-47, jul. 2012.

MELLO, D. Brasil tem mais de 20 milhões de mães solteiras, aponta pesquisa. **Portal EBC**. Agência do Brasil. 10 mai. 2015. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-05/brasil-tem-mais-de-20-milhoes-de-maes-solteiras-aponta-pesquisa>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

MENEZES, A. C. M. A precariedade da estrutura familiar e o menor infrator. 15 jun. 2012. Parte integrante da Edição no 989. Código da publicação: 2568. **Boletim Jurídico**. Disponível em: <<http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=2568>>. Acesso em 12 Jun. 2015.

MERHY, Emerson. E.; CHAKKOUR, Maurício. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY Emerson E, ONOCKO, Rosana, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113-160.

MILBRADT, V. Afetividade e gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe-filho. **Revista Pensamento Biocêntrico**. Pelotas, n. 9, p. 111-133, jan./jun. 2008.

MIELNIK, Isaac. **Mãe, pai e filhos: encontros e desencontros**. São Paulo: HUCITEC, 1993. 366p.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria passos e fidedignidade. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, out. 2012.

MOREIRA, N.; HOLANDA, A. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. **Psico-USF**. Itaboraí, v. 15, n. 3, p. 345-356, set./dez. 2010.

MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, out./dez. 2010.

MOURA, E. C. C.; FERNANDES, M. A.; APOLINÁRIO, F. I. R. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 445-50, mai./jun. 2011.

MOURA, M. E. B.; BRITO, J. N. P. O.; SOUSA, C. M. M.; RAMOS, C. V. A Estratégia de Saúde da Família e as tecnologias em saúde: análise reflexiva. **Revenferm UFPE online**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2155-2159, jul. 2014.

MOUSTAKAS, Clark. **Phenomenological research methods**. Thousand Oaks, California: Sage. 1994. 194p.

MÚSICA para bebês com Sons da Natureza – Dormir e Relaxar. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PLX_IbMKYpQ>. Acesso em: 15 jul. 2016.

NAGEM, Denise. Caminhos de transformação: Transformar para integrar da restauração à reciclagem. *In*: PHILIPPINI, Angela. **Arteterapia: Métodos, processos e projetos**. 2ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009. P. 19-34.

NEVES, E. P.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. **CogitareEnferm.** v. 11, n. 1, p. 73-79, jan./abr. 2006.

NOGUEIRA, M. A. A música e o desenvolvimento da criança. **Revista da UFG**. Goiás, v. 5, n. 2, dez. 2003.

NOMURA, R. M. Y.; BENUTE, G. R. G.; AZEVEDO, G. D.; DUTRA, E. M. S.; BOSARI, C. G.; REBOUÇAS, M. S. S.; LUCIA, M. C. S.; ZUGAIB, MARCELO. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 57, n. 6, p. 644-650, nov./dez. 2011.

OHKI, Y. Neurociência e a constituição do bebê. *In*: XVIII ENCONTRO LATINOAMERICANO SOBRE O PENSAMENTO DE WINNICOTT. 2009. Rio de Janeiro, **Anais**. Rio de Janeiro, out./nov. 2009.

PÁDUA, Carla Crepaldi de Melo. **Relação mãe-bebê e as repercussões psicossomáticas**. 2013. 125f. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Aprimoramento Profissional) – Secretaria de Estado da Saúde-Fundap. Faculdade de Medicina de Marília em Psicologia Hospitalar. Área: Saúde Mental. Marília, São Paulo, 2013.

PEREIRA, K. P.; LOVISI, G. M.; LIMA, L. A.; LEGAY, L. F. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Rev. Psiq. Clín.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 216-222, dez. 2010.

PINTO, Manuel da Costa (Org.). **Livro de ouro da psicanálise: o pensamento de Freud, Jung, Melanie Klein, Lancan, Winnicott e outros**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007. 540p.

POCINHO, Margarida Dias. **A Música na Relação Mãe-bebê**. 3. ed. Instituto Piaget. Coleção Epigênese, desenvolvimento e psicologia. 2011. 180p.

RENTFROW, P. J.; GOSLING, S. D. The Do Re Mi's of Everyday Life: The Structure and Personality Correlates of Music Preferences. University of Texas at Austin. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 84, n. 6, p. 1236-1256, 2003.

ROCHA, Marcia Helena Rodrigues. **Uso da música como tecnologia leve no pré-natal: cuidado de enfermeira**. 2016. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em enfermagem). Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará - UFC. Fortaleza, 2016.

RODRIGUES, D. P.; GOMES-SPONHOLZ, F. A.; STEFANELO, J.; NAKANO, A. M. S.; MONTEIRO, J. C. S. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Ribeirão Preto-SP, v. 48, n. 2, p. 206-213, jan. 2014.

RODRIGUES, S.; CHALHUB, A. Amor com dependência: um olhar sobre a teoria do apego. Centro Universitário Jorge Amado. **Psicologia.com.pt**. Salvador, p. 1-15, dez. 2009. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0155.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

ROEKER, S.; MARCON, S. S.; DECESARO, M. N.; WAIDMAN, M. A. P. Binômio mãe-filho sustentado na teoria do apego: significados e percepções sobre centro de educação infantil. **Rev. enferm.UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1. p. 27-32, jan./mar. 2012.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paideia**, v. 19, n. 43, p. 211-220, maio-ago. 2009.

SILVA, F. C. B. BRITO, R. S. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 95-102, jul./set. 2010.

SILVA, Yris Luana Rodrigues da. **Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS): A percepção de puérperas da Atenção Básica**. 34f. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba. 2013.

SOEJIMA, C. S.; WEBER, L. N. D. O que leva uma mãe a abandonar um filho? **Aletheia**, Canoas – RS, n. 28, p. 174-187, jul./dez. 2008.

SOUSA, Maria Lidiany Tributino de; LIMA, Fabiana Araújo; SOUSA, Roberta Menezes; PARESQUE, Márcio Anderson Cardozo; CARVALHO, Waldyr Rilney Lima, Por uma Nova Promoção da Saúde com arranjos participativos emancipatórios na estratégia saúde da família. *In*: CATRIB, Ana Maria Fontenelle; DIAS, Maria do Socorro de Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque. **Promoção da Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família**. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2011, p 111-122.

SOUZA, Ângela Maria Alves.; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. Grupos: breve história. *In*: SOUZA, Ângela Maria Alves. **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011. p. 49-54.

SPIEGELBERG, Herbert. **The phenomenological movement**. The Hague. 3rd. ed. Netherlands: MartinusNijhoff. 1982.

STELLIN, R. M. R.; MONTEIRO, C. F. D.; ALBUQUERQUE, R. A.; MARQUES, C. M. X. C. Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. **Estilos da Clínica**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 170-185, 2011.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. WAYNE; McWHINNEY, IAN R.; MAcWILLIAM, CAROL L.; FREEMAN, THOMAS, R. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. Tradução de Anelise Teixeira Burmeister. 2. ed. Porto Alegre. Artmed. 2010. 376p.

TABARRO, C. S.; CAMPOS, L. B.; GALLI, N.O.; NOVO, N. F.; PEREIRA, V. M. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 441-448, jun. 2010.

TRINCA, W. **Formas compreensivas de investigação psicológica**: procedimentos de desenhos-estórias e procedimento de desenhos de família com estórias. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2013. 374p.

TROST, W.; ETHOFER, T.; ZENTNER, M.; VUILLEUMIER, P.; Mapping Aesthetic Musical Emotions in the Brain. **Cerebral Cortex December**. v. 22, p. 2769-2783, 2012.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na Estratégia Saúde da Família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 129-139, abr./jun. 2010.

VAN DEN BERGH, B.R.H. The Influence of Maternal Emotions During Pregnancy on Fetal and Neonatal Behavior. **Pre- and Perinatal Psychology Journal**, v. 5, n. 2, p. 119-130, 1990.

VAN DER SAND, I. C. P.; CAMPOS, I. F. A.; DREHER, D. Z.; RIOS, K. R. Metodologia de atenção à gestante e família: relato de experiência com grupo operativo. **Rev. Enferm. UFSM**. Santa Maria - RS, v. 1, n. 3, p. 497-505, 2011.

VAN MANEN, Max. **Researching lived experience**. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. New York; State University of New York Press. 1990. 212p.

VASCONCELLOS, Marcyia. Palavras da salvação: a importância da escrita criativa na busca do si mesmo. *In*: PHILIPPINI, Angela. **Arteterapia: Métodos, processos e projetos**. 2ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009. p. 110-114.

VERNY, Thomas. R.; WEINTRAUB, Pamela. **O bebê do amanhã**: Um novo paradigma para criação dos filhos. Tradução de Dinah de Azevedo. São Paula: Barany. 384p, 2014.

VETTORAZZO, L. BÔAS, B. V. Cresce o número de mulheres chefes de família no Brasil. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 14 dez. 2015. Mercado. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2015/12/1714906-proporcao-de-familias-chefiadas-por-mulheres-chega-a-40-em-2014.shtml>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

VIEIRA, L.B.; PADOIN, S.M.M.; PAULA, C.C. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem . Brasil, 1994-2008. **CiencCuidSaude**, v. 9, n. 2, p. 383-389, abr/jun. 2010.

VIEIRA, Sidney Marques. **Planejamento familiar na Estratégia de Saúde da Família**. 2010. 26f. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2010.

WINNICOTT, Donald. W. O ódio na contratransferência. *In*: **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo. 1947.

WINNICOTT, Donald. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 268p.

WINNICOTT, Donald. W. O infrator delinquente e habitual. *In*: R. Shepherd, J. Johns & H. T. Robinson (Orgs.). **Pensando sobre crianças** (p. 68-69). (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. (Obra original publicada em 1940).

WINNICOTT, Donald. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 247p.

WINNICOTT, Donald. W. **A família e o desenvolvimento individual**. Textos de psicologia. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. 248p.

ZARANZA, K. Espera pela mudança. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 02 jul. 2016. Última hora. Políticas Públicas. Disponível em:
<<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/espera-pela-mudanca-1.1576050>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES

Data de Aplicação: ___/___/___

1. Qual sua idade?

() Menor de 18 anos () 18 a 30 anos () 31 a 40 anos () Mais de 40 anos

2. Grau de escolaridade:

() Analfabeta () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior incompleto () ensino superior completo () pós-graduação

3. Renda pessoal:

() Menos que 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 a 3 salários mínimos () 4 salários mínimos ou mais

4. Qual sua religião:

() Católica () Evangélica () Ubandista () Candoblé () Espírita () Muçulmana () Budista () Agnóstica () Outra Especificar: _____

5. Situação conjugal:

() solteira () casada () união estável () viúva () divorciada

6. Atualmente vive com o companheiro?

() Sim () Não () Ignorado

7. Está em tratamento para alguma doença?

() Sim () Não Especificar: _____

8. Usa algum tipo de droga

() Sim () Não () Ignorado

Se sim qual? () Cigarro () Álcool () Maconha () Crack () Cocaína () Cola

() Outra. Especificar: _____

9. Dados da Gestação:

Gesta: ___ Parto: ___ Aborto: ___ Aborto espontâneo: () Sim () Não

DUM: ___/___/___ Semanas de gestação: _____

10. Sua gravidez foi planejada?

Sim Não Não sei

11. Está realizando o pré-natal?

Sim Não N° de consultas: _____

12. Você teve apoio de sua família ao contar que estava grávida?

Sim Não Não sei

13. Você teve apoio do seu parceiro ao relatar sua gravidez?

Sim Não Não sei

14. Que sentimento principal teve ao saber de sua gravidez?

Alegria Tristeza Medo Raiva Indiferença Paz

Outro Especificar: _____

15. Atualmente qual seu sentimento de estar grávida?

Alegria Tristeza Medo Raiva Indiferença Paz

Outro Especificar: _____

16. Você vê sua gravidez como um projeto de vida?

Sim Não Não sei

17. Você vê seu filho como projeto de vida?

Sim Não Não sei

18. Você se sente segura para ser mãe?

Sim Não Não sei

APÊNDICE B - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS DA TECNOLOGIA

ETAPAS DA TECNOLOGIA	PERGUNTAS NORTEADORAS
DESENHANDO O VÍNCULO	5. Desde quando pensaste em ser mãe? 6. Como me vejo grávida? 7. Como me vejo com meu filho? 8. O nome que escolhi pode influenciar na vida do meu filho?
PROJETANDO E MOLDANDO A VIDA	3. Qual o sentido da gravidez em minha vida? 4. Qual é meu projeto de vida a partir gestação?
PROPORCIONANDO O APEGO E SENTINDO O CUIDADO NA GESTAÇÃO	3. Que sentimentos presenciei ao ser cuidada? 4. Que sentimentos percebi cuidando de meu filho?
OUVINDO O CHAMADO	4. Qual a importância da música para você? 5. Que benefícios a música pode trazer para a gestante e o bebê?
PRESENCIANDO O <i>HOLDING</i>	3. Eu me sinto preparada para cuidar de meu filho? 4. Que sentimentos quero transmitir a meu bebê nesse momento?
PARTILHANDO A EXPERIÊNCIA	5. Que experiência eu levo do que presenciei hoje? 6. O que mais me influenciou ou afetou na experiência vivenciada no grupo?

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA TECNOLOGIA

1. Qual seu grau de satisfação a respeito dos encontros no grupo de gestantes?

Desenhando o Vínculo

Muito insatisfeita Pouco Satisfeita Nem satisfeita Nem Insatisfeita Satisfeita Muito Satisfeita

Projetando e moldando a vida

Muito insatisfeita Pouco Satisfeita Nem satisfeita Nem Insatisfeita Satisfeita Muito Satisfeita

Proporcionando o apego

Muito insatisfeita Pouco Satisfeita Nem satisfeita Nem Insatisfeita Satisfeita Muito Satisfeita

Ouvindo o Chamado

Muito insatisfeita Pouco Satisfeita Nem satisfeita Nem Insatisfeita Satisfeita Muito Satisfeita

Presenciando o *Holding*

Muito insatisfeita Pouco Satisfeita Nem satisfeita Nem Insatisfeita Satisfeita Muito Satisfeita

2. Que experiência eu levo do que presenciei nos encontros?

3. O que mais me influenciou ou afetou na experiência vivenciada nos grupos?

4. Qual seu grau de satisfação a partir de tudo que vivenciou nesses cinco encontros?

Muito insatisfeita Pouco Satisfeita Nem satisfeita Nem Insatisfeita Satisfeita Muito Satisfeita

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Em duas vias, firmado por cada participante-voluntário da pesquisa e pelo pesquisador)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada pelo pesquisador Cristiano José da Silva (aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/RENASF-FIOCRUZ) como participante de uma pesquisa. 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.

O projeto de pesquisa que está sendo desenvolvido é intitulado UM NOVO OLHAR NO CUIDADO COM A GESTAÇÃO: FORTALECENDO VÍNCULOS EM GRUPOS DE GESTANTES, na cidade de Fortaleza-Ceará, sob a orientação da Prof^a Dr^a Emília Soares Chaves Rouberte. O objetivo geral é compreender percepções, sentimentos e emoções das gestantes sobre a maternagem, a partir de uma tecnologia leve de grupo a ser desenvolvida por uma equipe da Estratégia Saúde da Família.

Sua participação é fundamental para o meu trabalho. Dou-lhe garantia de que as informações colhidas serão usadas apenas para a realização do presente estudo e asseguro que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa, inclusive com a finalidade de sanar alguma dúvida. A qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando desta pesquisa e, também terá a liberdade de retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Ressalto que você não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa, mas receberá uma ajuda de custo para seu deslocamento relativo a dois vales transporte por encontro. Ademais, garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Os riscos da pesquisa se limitam a um possível constrangimento a ser causado às participantes da pesquisa, no que tange à abordagem no diálogo relativa a questões de cunho pessoal e social ao expor sua intimidade e vulnerabilidades no momento das vivências; possível interferência nas atividades de rotina ou laborais das participantes e ao incômodo causado pelo deslocamento das gestantes até o local da pesquisa.

Já os benefícios adquiridos são: incentivo à apropriação do conhecimento sobre os processos de cuidar; possível fortalecimento da resiliência e autoestima da gestante; incentivo à participante no processo proativo na condução clínica de sua gestação com maior participação nas consultas de pré-natal; impacto, que se estima ser de ordem positiva, no ambiente da pesquisa, com redução de vulnerabilidades individuais e sociais relacionadas ao vínculo mãe-filho-mundo; provável redução da rejeição, desafeto e de transtornos mentais das gestantes submetidas à pesquisa.

Sua participação se dará por meio do preenchimento de um formulário, com questões fechadas e padronizadas e pela participação em cinco encontros em grupos de gestantes. Tal instrumento será aplicado pelo método de entrevista estruturada, com o preenchimento realizado pelo pesquisador numa situação face-a-face com o entrevistado.

Caso aceite participar, solicito que assine o presente termo de consentimento. Caso necessário, informo-lhe o nome do pesquisador, com os números de telefone e endereço eletrônico para maiores esclarecimentos.

Nome do pesquisador: Cristiano José da Silva

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço do trabalho: R. Frei Vidal, 1821 – São João do Tauape

Telefones para contato: (85) 99916.7887 / (85) 98656.4719

E-mail: cristianoj.silva@bol.com.br

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 Universidade Federal do Ceará UFC/PROPESQ, situado à Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366.8344

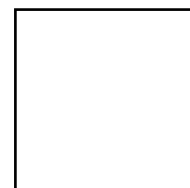
A abaixo assinada _____, _____anos, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante desta pesquisa.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro, portanto, que concordo em participar da pesquisa “Um Novo Olhar no Cuidado com a Gestação: Fortalecendo Vínculos em Grupos de Gestantes”. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, _____de _____de _____

Nome da participante: _____

Assinatura da participante



Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha

**ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA COORDENADORIA DE GESTÃO DO
TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE DE FORTALEZA**



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

**PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P871013/2015**

Título do Projeto de Pesquisa: **"UM NOVO OLHAR NO CUIDADO COM A GESTAÇÃO:
FORTALECENDO VÍNCULOS EM GRUPO DE GESTANTES"**.

Pesquisador Responsável: **CRISTIANO JOSÉ DA SILVA.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 30 de novembro de 2015.



Maria Ivanilia Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Maria Ivanilia Tavares
Coordenadora de Gestão do
Trabalho e Educação em Saúde

Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil
(85) 3105.1473 / 3131.1694

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UFC/PROPESQ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UM NOVO OLHAR NO CUIDADO COM A GESTAÇÃO: FORTALECENDO VÍNCULOS EM GRUPO DE GESTANTES

Pesquisador: CRISTIANO JOSÉ DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52249415.6.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.403.785

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, a ser realizada com gestantes de Unidade de Atenção Primária em Saúde da cidade de Fortaleza-CE. A coleta de dados será dividida em três etapas: [1] Aplicação de um formulário inicial direcionado às gestantes; [2] Observação do desenvolvimento da tecnologia por meio do recurso de filmagem e gravação, durante o processo do cuidar na relação enfermeiro-gestante, com o registro da linguagem corporal, sentimentos e relatos, de acordo com a condução das vivências e perguntas norteadoras utilizadas; [3] Aplicação de um formulário final às gestantes para avaliar a tecnologia aplicada. Os registros dos formulários serão organizados e apresentados em tabelas e gráficos do Excel, para caracterização das gestantes e avaliação da tecnologia. As falas e discursos registrados nas filmagens, serão analisados e confrontados pela análise fenomenológica de Moustakas, a qual se adequou a esta pesquisa por ser menos focada na interpretação do pesquisador e mais direcionada na descrição das experiências das participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender percepções, sentimentos e emoções das gestantes sobre a maternagem, a partir de uma tecnologia leve de grupo a ser desenvolvida por uma equipe da Estratégia Saúde da

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br